# DER CATARRH

DES

# RECESSUS PHARYNGEUS MEDIUS

(BURSA PHARYNGEA — TORNWALDT'SCHE KRANKHEIT)

SEINE BEDEUTUNG

UND

VEREINFACHTE CHIRURGISCHE BEHANDLUNG.

---

VON

Dr. **R. KAFEMANN**

KÖNIGSBERG I. PR.

---

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1889.

# Vorbemerkungen.

Dieses Schriftchen erhebt nicht den Anspruch, nur Neues zu bringen. Aber auch das Bekannte, wofern es noch nicht im entferntesten ein Object des zielbewussten ärztlichen Handelns geworden, ist werth, wiederholt zu werden, bis durch Wiederholung erreicht wird, was der Werth des einmal Gesagten nicht erzielen konnte. Dieses Bekannte aufs neue zur Erörterung zu bringen, liegt zur Zeit um so mehr Grund vor, weil die an und für sich stets rege Skepsis des ärztlichen Publikums leicht geneigt sein könnte, an den anatomischen Resultaten Schwabach's Halt zu machen und in befriedigter Betrachtung des anatomischen Irrthums Tornwaldt's auch die Wichtigkeit seiner klinischen Beobachtungen zu vergessen. Eine solche Nichtbeachtung möchte den alten Schlendrian aber zum Schaden zahlloser Patienten fördern, der mit einem Achselzucken die „Maladie de Tornwaldt" abfertigen zu können vermeint.

Als neu beanspruche ich für mich die Einführung des scharfen Löffels in die Therapie des fraglichen Leidens, was jene Affectionen nicht nur zu häufig, sondern wohl zu immercurabeln gestalten zu können die berechtigte Hoffnung erweckt.

Das kleine Instrument kann Jeder, der es versuchen will, sich construiren lassen, wo und wie er will, und ich glaube, indem ich diesen Rath gebe, nicht die komische Rolle zu spielen, wie zahlreiche ingeniöse Specialisten jenseits und diesseits des Oceans, die neue Instrumente ihrer Erfindung als die einzig brauchbaren anpreisen, während doch neu an ihnen nur das ist, dass man als neu sie anzukündigen den frohen Muth hat.

Zum Schluss werden 20 mit äusserster Vorsicht erlesene Fälle die Resultate meines Löffels und die Nothlage zahlreicher Kranken illustriren.

Königsberg, November 1888.

Dr. Kafemann.

Im Archiv für micr. Anatomie, 32. Band, I. Heft, pag. 187 ff. ist endlich Schwabach's von allen rhinoscopirenden Practikern mit Ungeduld erwartete Monographie über die Bedeutung der embryonalen bursa pharyngea erschienen. Schwabach sagt in dieser Arbeit (pag. 192): „Ich sehe mich genöthigt, diese Unterschiede [1]) noch besonders zu betonen, weil neuerdings in einer Arbeit Bloch's (Berl. kl. W. 1888, Nr. 14) über die bursa pharyngea, welche die klinischen Beobachtungen Tornwaldt's bestätigen soll, thatsächlich die mittlere Spalte der Rachentonsille als „bursa pharyngea" bezeichnet wird und die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass solche Bestätigungen über Erkrankungen der „bursa pharyngea" sich wiederholen werden, die doch, wie ich schon in meiner ersten Arbeit ausgeführt habe, nichts anderes sind, als Affectionen der Rachentonsille, wie sie Wendt (Krankheiten der Nasenrachenhöhle und des Rachens, Ziemssen's Handbuch VII, erste Hälfte, pag. 266) schon beschrieben hat.

Dass Wendt die Tornwaldt'sche Krankheit schon 1874 beschrieben habe, betont Schwabach bereits in seiner ersten Arbeit [2]) über die bursa pharyngea. Dieser Anschauung kann ich mich eben so wenig wie Tornwaldt anschliessen. In Wendt's so vorzüglicher Schilderung der Krankheiten des Nasen-

[1]) Es handelt sich um die Auffassung der verschiedenen Autoren über die anatomische Bedeutung der sogen. bursa pharyngea.

[2]) Arch. f. micr. Anat., 29. Bd., pag. 69.

rachenraumes vermisst man gänzlich jene von Tornwaldt[3]) klar und scharf beschriebenen Affectionen der Rachentonsille und zwar gerade des mittleren Theiles derselben, des recessus pharyngeus medius, wie sie dem an der Küste Norddeutschlands beschäftigten Rhinoscopiker überraschend häufig und zu energischer Therapie (darüber später) einladend entgegentreten. Wendt's Bemerkungen über die Cysten des Nasenrachenraumes enthalten zwar alles von Tornwaldt später darüber Gesagte, dagegen fehlt jede Angabe darüber, dass ausserordentlich häufig gänzlich isolirte Catarrhe des recessus pharyngeus medius (nach Ganghofner[4]) vorkommen, dass dabei der übrige retronasale Raum gänzlich unbetheiligt sein kann und es meistens auch ist, dass endlich diese Catarrhe durch eine chirurgische, nur dem recessus medius geltende Behandlung rasch geheilt werden können, ohne dabei der ewigen Berieselungen, des unbequemen Armamentariums von Douche, Nasenrachenspray, Nasenschiffchen etc. zu bedürfen.

Wir vermissen ferner in Wendt's classischer Monographie den Hinweis auf die Wichtigkeit einer raschen und scharfen Erkennung dieser Recessuskrankheiten und die oft tief in das Leben vieler Individuen einschneidende Bedeutung der Verkennung derartiger Affectionen, wie sie leider noch allzu häufig geschieht.

Wendt sagt in dem Capitel über den chronischen Retronasalcatarrh: „Die Oberfläche der Theile ist in der Regel mit einer verschieden dicken, oft sehr mächtigen Lage glasigen hellen oder grauen, weissgrauen, weissgelblichen, auch gelblichen oder gelbgrünen Schleimes überzogen, welcher meist eine colossale Zähigkeit besitzt. Solches Secret sieht man nicht selten an der hinteren Rachenwand herabgelangen oder (mit dem Spiegel) vom Dach oder von den Mündungen der Tuben herabhängen."

---

[3]) Ueber die Bedeutung der bursa pharyngea etc., pag. 25 ff.

[4]) Ueber die Tonsilla und Bursa pharyngea. Sitzungsbericht der K. Academie der Wissenschaften. Bd. LXXVIII, Abth. III. October 1878.

Dass man gerade ungemein häufig, besonders in den nordischen Küstengegenden diese Schleimansammlungen an der hinteren Rachenwand sieht, dass man mit Leichtigkeit ihre Herkunft aus dem recessus pharyngeus medius nachweisen kann, und dass man bei Monate währender Beobachtung niemals an einer anderen Stelle des Nasenrachenraumes derartige Schleimmassen findet, davon erwähnt Wendt auch nichts.

In dem Capitel über den hyperplastischen Catarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens[5]) finden wir auch keine auf die Tornwaldt'schen Fälle bezügliche Notiz, auch geben die therapeutischen Winke (pag. 311 ff.) keine Fingerzeige für die Behandlung unserer Fälle, für die Tornwaldt ein gleichmässiges, zwar nicht immer sicheres, doch meistens wirksames, streng chirurgisches Heilverfahren einführte.

Trotz Schwabach's ausgezeichneter, mühevoller und interessanter Arbeiten und trotz des steten Hinweises auf Wendt wird jeder billig denkende Rhinoscopiker, wie bereits in mehreren Arbeiten geschehen, neuerdings besonders von Walb[6]) Tornwaldt's Beobachtungen als neu und anregend für den Fachmann, als segenbringend für zahllose, bis dahin hülflos duldende Kranke anerkennen müssen.

Tornwaldt's fast nur auf literarischen Studien und klinischen Beobachtungen fussende anatomische Excursionen und Muthmassungen sind zweifellos ein Missgriff, den der Mangel anatomischen Materials erklärt, die erkannte Bedeutung der Fälle entschuldigt, der aber in keiner Weise die hohe Qualität seiner Arbeit alteriren kann.

Als das Wesentliche, Bedeutsame und Bleibende in Tornwaldt's Arbeit ist meines Erachtens das über die Therapie Gesagte zu erachten. Der Werth einer rein localen chirurgischen

[5]) loc. cit. pag. 305 ff.

[6]) Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten von Dr. Heinrich Walb, Bonn 1888.

Behandlungsmethode dieser zweifellos überaus häufigen Krankheitsformen des Nasenrachenraumes wird in die richtige Beleuchtung gerückt und damit die Aussicht eröffnet, dass seltener als bisher der Nasenrachenraum zu einem Rieselfelde degradirt und mit oft unglaublichen Mengen medicamentöser Flüssigkeiten in oft recht leichtsinniger Form durchspült wird. Oder sollten die entzündlichen Krankheiten des fornix pharyngis, die hinsichtlich der Schädigung des Allgemeinbefindens, hinsichtlich der ihnen innewohnenden Kraft, auf dem Wege des Reflexes krankhafte Zustände in ganz entfernten Organen zu erzeugen, völlig gleichwerthig sind den Krankheiten der urethra, besonders des prostatischen Theiles derselben, sollten dieselben nicht dieselbe Rücksicht verdienen, wie letztere? Keinem Arzte fällt es heutzutage ein, chronisch-eitrige Processe in jener delicaten Region intern zu behandeln, er greift zum Mercier'schen Katheter, zu Aetz-, Druck- oder Kühlinstrumenten und er heilt, indem er den oft eng umgrenzten Krankheitsbezirk eliminirt.

Wesshalb dieselbe Wohlthat nicht den geeigneten Krankheiten des fornix pharyngis erweisen? Ich sage ausdrücklich dem „geeigneten", denn es ist mir wohl bekannt, dass es auch zahlreiche Krankheitsformen des Nasenrachenraumes giebt, die für eine chirurgische Behandlung keine Handhabe bieten. Diese betrifft aber Tornwaldt's Arbeit nicht. Der Umstand ferner, dass Tornwaldt's Resultate zwar hocherfreuliche, jedoch nicht gerade glänzende waren[7]), tritt in keiner Weise der Bedeutung der von ihm inaugurirten, therapeutischen Kunstgriffe nahe, da nicht minder seine ihm unerschütterliche Meinung, eine bursa, ein präformirtes Gebilde mit besonderen Eigenschaften und seltsamen anatomischen Beziehungen zur Fibrocartilago, in der Therapie ihm hinderlich im Wege standen, als seine von ihm geübten Heilmethoden — Höllensteinätzung

---

[7]) loc. cit. pag. 63.

und Galvanokaustik — die meinem einfachen, leicht auszuführenden, blutigen Verfahren (darüber später) entschieden an Wirksamkeit nachstehen.

Es muss noch einmal betont werden und es kann — vorläufig wenigstens — nicht oft genug betont werden, dass, so fesselnd auch die Untersuchungen Schwabach's sind, deren Resultate weder auf die Diagnose, noch auf die Therapie der vorliegenden Krankheitsformen irgend welchen Einfluss haben können, und dass es für den Practiker völlig gleichgültig ist, ob er bei seinen oft schwierigen und höchst minutiösen Manipulationen am fornix die Vorstellung einer bursa oder, wie ich stets auf Grund meiner zahlreichen Beobachtungen, eines einfachen mittleren recessus der Rachentonsille in sich trägt. Und da doch das Heilen die vornehmste Aufgabe des Arztes ist, von unseren Recessuspatienten aber ein verschwindend kleiner Bruchtheil — vorläufig wenigstens — geheilt wird, halte ich es für zeitgemäss, Umschau zu halten über die bis jetzt vorliegenden klinischen Bestätigungen der Tornwaldt'schen Angaben, ferner ein vereinfachtes, bei genügenden rhinoscopischen Vorkenntnissen für jeden Arzt leicht auszuführendes Heilverfahren anzugeben, endlich zur Erläuterung und Bestätigung des von mir Gesagten eine Reihe von auserwählten Krankengeschichten vorzulegen, wobei es nicht zu umgehen sein wird, gelegentlich einiger passend gruppirter Fälle einige Streiflichter auf gewisse moderne Theorieen und Heilmethoden, Gebräuche und Missbräuche fallen zu lassen. Die Vorführung erlesener Krankengeschichten halte ich, auch nach dem Vorgang Walb's[8]), desshalb für dringend geboten, weil in den neuesten lehrbuchartig gehaltenen Publicationen über den vorliegenden Gegenstand, theils nur kurz referirend, zum Theil nicht ohne Skepsis, hinweggegangen wird, theils derselbe gar nicht erwähnt wird.

---

[8]) loc. cit. pag. 40 ff.

Moldenhauer z. B. sagt nach einem kurzen Referat[9]): „Mir liegt es unendlich fern, die Angaben Tornwaldt's irgendwie in Frage stellen zu wollen, doch kann ich nicht verschweigen, dass mir derartige Erkrankungen der bursa pharyngea mit ihren Begleiterscheinungen sehr selten begegnet sind. Auch Hack hat in mehreren hundert Fällen seiner Privatpraxis nur dreimal eine Affection der bursa gefunden."

Schech referirt auch nur kurz und macht den rationellen Vorschlag, mit dem Lange'schen oder Gottstein'schen Ringmesser die vordere Wand der bursa abzutragen. Aus dem „dürfte wohl schneller zum Ziele führen" ergiebt sich wohl, dass dieser ausgezeichnete Autor nicht auf eigenen Erfahrungen in Bezug auf diese Frage fusst, wahrscheinlich nur aus dem Grunde, weil diese Krankheitsformen vielleicht infolge noch unbekannter klimatischer, tellurischer, eventuell auch ethnologischer Ursachen in München nicht oder viel seltener zur Beobachtung gelangen, wie an den Küsten.

Sehr eingehend befassen sich die Herren E. J. Moure und J. Charazac (de Toulouse)[10]) mit dem vorliegenden Stoff in der Uebersetzung des M. Mackenzie'schen Lehrbuches über Nasenkrankheiten. Sie schildern den bekannten Symptomencomplex, acceptiren die von Tornwaldt vorgeschlagenen Behandlungsmethoden und machen energisch Front gegen die übliche Behandlung mit Berieselungen. (Les pulvérisations et les irrigations antiseptiques ou adstringentes sont ici tout à fait insuffisantes.) Was das Anatomische betrifft, stehen sie ganz auf dem Standpunkte Schwabach's (pag. 358)[11]).

---

[9]) Moldenhauer. Die Krankheiten der Nasenhöhle etc., pag. 88.

[10]) Traité pratique des maladies du nez etc. par M. Mackenzie, traduit de l'anglais et annoté par les docteurs E. J. Moure, J. Charazac. Paris 1887, pag. 356—363.

[11]) La soi-disant bourse de Tornwaldt nous paraît être en effet, comme l'a dit Schwabach et comme en est convenu lui-même l'auteur de la dénomination, une simple dépression plus ou moins profonde, dernier

Jedenfalls berührt es äusserst angenehm, in der nachbarlichen Nation von so bewährter Seite so eingehend das Werk unseres Landsmannes gewürdigt zu sehen.

„Dass Politzer in seinem neuen Lehrbuch[12]) von dem recessus medius keine Notiz nimmt, wie Bloch[13]) schon erwähnt, möchte ich nicht für auffällig halten, da meine Erfahrungen einen Zusammenhang der reinen Recessuskrankheiten mit Erkrankungen des Mittelohrs und der Tuba mir mehr als zweifelhaft erscheinen lassen. Wo — selten genug — beides vorlag, handelte es sich zweifellos um eine zufällige Koexistenz oder um Folgezustände einer und derselben pathogenen Ursache und es konnte trotz Ausschaltung des Recessusleidens selbst in frischen Fällen kein Einfluss auf den Verlauf des Ohrenleidens nachgewiesen werden. Trotzdem ist Keller's an die Ohrenärzte gerichteter Hinweis[14]) auf Tornwaldt's Schrift mit Freude zu begrüssen, weil weitere auf umfangreichem Material fussende Nachforschungen möglicherweise doch einen irgendwie gearteten Zusammenhang eruiren könnten.

Schon im folgenden Heft[15]) derselben Zeitschrift begrüsst Voltolini mit warmen Worten Tornwaldt's Arbeit in einem längeren Referat, aus dem ein freudiges Einverständniss mit deren Resultaten hervorleuchtet. Befremdlich wirken in diesem Elaborat einigermassen die scharfen Auslassungen Voltolini's

---

vestige de végétations adenoïdes, atrophiées ou détruites. Nous ne nions pas que cette irrégularité de la muqueuse, que cette anfractuosité rend les inflammations difficiles à guérir, nous concevons avec Tornwaldt que cette forme de catarrhe naso-pharyngien soit particulièrement rebelle au traitement, mais nous ne saurions accepter la dénomination de bourse employée par l'auteur allemand.

[12]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Stuttgart 1887, pag. 438 ff.

[13]) loc. cit. pag. 270.

[14]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1885, pag. 285.

[15]) Nr. 10, pag. 310.

gegen die nicht seines Gaumenhakens sich bedienenden Rhinoscopiker. Wer bei directem Sonnenlicht mit Spiegel Nr. 3 (sogar Nr. 4, wie es mir oft gelungen ist) speculirt, bedarf des Gaumenhakens nicht, andernfalls ist er natürlich unumgänglich nothwendig. Dass eine stark hervorspringende Atlasprotuberanz, wie Tornwaldt schon hervorhebt, stets, sei es zur Operation, sei es zur vorherigen genauesten Orientirung, sogar die Anwendung des Voltolini'schen Gaumenhakens mit hinterer spiegelnder Fläche [16]) dringend erheischt, ist selbstverständlich [17]). Dieser Spiegel gewährt bei den in Rede stehenden Krankheiten einen so überraschenden, alle Eingriffe erleichternden Ueberblick über das Operationsterrain, dass sicher von diesem besonders schätzenswerthen Instrument nicht Tornwaldt allein Gebrauch gemacht hat, wie Voltolini meint. Die erste Bestätigung [18]) der Tornwaldt'schen Beobachtungen lief aus Süddeutschland ein und zwar aus der Hack'schen Klinik von der Feder Keimer's. Dieser Autor steht hinsichtlich der Anatomie der fraglichen Gegend auf demselben Boden wie Tornwaldt, bestätigt auch im Grossen und Ganzen die klinischen Erscheinungen und adoptirt seine Therapie. Seine Casuistik beträgt 8 Fälle unter 180 Patienten der Poliklinik.

Es folgte ein italienischer Gelehrter Masucci, der am 15. April 1886 einen Fall, eine Cyste der bursa pharyngea betreffend, mittheilt [19]). Leider ist es mir nicht gelungen, das Original zu erhalten, weshalb ich auf Details nicht eingehen

---

[16]) Voltolini, Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie. Breslau 1879, pag. 177.

[17]) Das hiesige Publicum documentirt besagtem Haken gegenüber ebenso grosse Intelligenz als Toleranz, so dass durchschnittlich jeder dritte Patient sicher und geschickt bei operativen Eingriffen mit der einen Hand den Türk'schen Zungenspatel, mit der anderen den Gaumenhaken fest und sicher hält.

[18]) Monatsschrift für Ohrhk. 1886, Nr. 3 u. 4.

[19]) Arch. intern. di Lar., Rin. etc.

kann. Ein Norddeutscher, Broich[20]) in Hannover, vermehrt mit gleichfalls 8 Fällen die Casuistik. Neues bringt er nicht, doch kann man wohl das eigenartige Missgeschick, das eine galvanocaustische Operation nach sich zog und das er aufrichtig genug den Fachgenossen mittheilt, als einen interessanten und bemerkenswerthen Zusatz zu den „Unglücksfällen in der Chirurgie“ betrachten. Diesen Autoren schliessen sich an die Herren Tissier[21]) und Luc[22]), deren Arbeiten mir gleichfalls nur im Referat zugänglich sind, von denen der erstere einen Fall veröffentlicht, der nach seiner Angabe der erste in Frankreich beschriebene sein soll, der letztere nur eine kritische Studie der Monographie Tornwaldt's liefert. Gleichfalls nur kritisch beleuchtet Ethelbert Caroll Morgan[23]) die Tornwaldt'sche Arbeit und bezweifelt, dass in Zukunft Krankheiten des Nasenrachenraumes durch Behandlung der bursa pharyngea leicht geheilt werden könnten. Aus dem Jahre 1886 stammen auch Schwabach's erste anatomische Kundgebungen über die bursa pharyngea. Er berichtete damals in der Section für Laryngo- und Rhinologie der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte über seine anatomischen Untersuchungen über die bursa pharyngea, deren Resultate er später, 1887, im Archiv für microscopische Anatomie niederlegte[24]). Dieselben bewiesen mit überzeugender Klarheit, dass in der Norm eine bursa pharyngea im Sinne Luschka's nicht existirt, dass vielmehr meistens an der Stelle des Luschka'schen Orificium bursae

---

[20]) Monatsschrift für Ohrhk. 1886, Nr. 5, 6, 7

[21]) Tissier, Etude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka au point de vue de l'anatomie et de la pathologie. Annales des maladies de l'oreille etc. Nr. 10 u. 11. 1886.

[22]) Luc, Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt. France méd. Nr. 120, 121. 1886.

[23]) Ethelbert Caroll Morgan, The bursa pharyngea and its relation to naso-pharyngeal diseases. Maryland Med. Journal 5. März. Referat im Intern. Centralblatt f. L. etc. 1887, Nr. 5, pag. 158.

[24]) loc. cit. pag. 61 ff.

eine einfache Schleimhauteinsenkung sich befindet, die sich nicht gegen das Hinterhauptbein ausstülpt und über welche die Fibrocartilago ununterbrochen hinwegzieht. Diese Einsenkung sei das Ende der an allen normalen Rachentonsillen vorhandenen mittleren Furche oder der Vereinigungspunkt der hier convergirenden und mit der mittleren Spalte communicirenden seitlichen Spalten. Es sei ferner die von Tornwaldt (und später von Mégevand) des öfteren beschriebene mittlere Furche in der Medianlinie des fornix nichts anderes als die normalmässig an jeder Tons. ph. vorhandene mittlere Furche oder Spalte, die als ein integrirender Theil der Tons. ph. anzusehen sei[25]).

Zum Schluss schlägt Schwabach vor, mit Ganghofner die fragliche Schleimhauteinsenkung als recessus pharyngeus medius zu bezeichnen und stellt weitere Angaben über die Entwickelungsgeschichte und die Bedeutung der embryonalen bursa pharyngea in Aussicht (siehe weiter unten).

Schwabach's fesselnde Arbeit regte 1887 verschiedene Fehden zwischen Bresgen und Tornwaldt und letzterem und Schwabach an, deren Tummelplatz die deutsche med. Wochenschrift war[26]). Diese Haarspaltereien sind zweifellos zu bedauern, denn sie gewähren dem unbefangen beobachtenden Fachmann Missvergnügen, während sie dem practischen Arzt nur ein heiteres Lächeln abnöthigen. Solche Artikel, wenn sie schon einmal geschrieben werden müssen, würden wohl besser ihren Platz in einer der zahlreichen Fachzeitschriften finden. Sie ventiliren lediglich die Fragen, ob die von

---

[25]) loc. cit. pag. 71.

[26]) Maxim. Bresgen, Die sog. Rachentons., ihre Erkrankung und Behandlung. Deutsche med. Woch. 1887, Nr. 5.

Tornwaldt. Zur Frage d. b. ph., Entgegnung auf M. Bresgen's Essay: Die sog. Rachentons. etc. ibidem Nr. 23. — In unmittelbarem Anschluss daran: M. Bresgen, Antwort auf diese Entgegnung. Schwabach, Zur Frage über d. b. ph., ibidem Nr. 26.

Tornwaldt beschriebenen Krankheiten als besondere Affectionen anzusehen seien und ob die b. ph. ein selbstständiges Gebilde sei. Da die Autoren kein einziges Element ihrer Anschauungen aufzugeben gewillt sind, Tornwaldt vielmehr immer mehr in die Wildniss theoretischer Spitzfindigkeiten sich verirrt, in die Schwabach ihm zu folgen nicht mehr im Stande sich erklärt, verläuft der ganze Federstreit unfruchtbar im Sande. Bemerken möchte ich nur zu Bresgen's Essay, dass, wenn Bresgen noch nie eine Hypersecretion der Rachentonsille ohne gleichzeitige chronische Rhinitis gesehen hat, dies durchaus nichts gegen die Existenz von Hypersecretion des rec. phar. med. ohne Betheiligung benachbarter Schleimhäute beweist. Das Krankenmaterial — auch nicht poliklinisches wie Bresgen's — ist aber ein anderes in Frankfurt a. M. als in den norddeutschen Küstenebenen.

Eine weitaus grössere Bedeutung als diese Artikel hat Mégevand's, unter der Aegide von Zahn ausgeführte Studie[27]) über die Krankheiten des fornix pharyngis. Sein mühevolles Werk füllt zweifellos eine bis dahin schmerzlich empfundene Lücke in der pathologischen Anatomie dieser früher so sehr vernachlässigten Region aus, und jeder Practiker wird ihm für zahlreiche, in seinem Werke enthaltene Aufschlüsse Dank wissen. Doch darf leider nicht unerwähnt bleiben, dass, was die vorliegende Frage betrifft, seine Arbeiten an keiner Stelle, wie er doch beabsichtigt, den zwingenden anatomischen Beweis liefern, dass eine bursa pharyngea im Sinne Luschka's und Tornwaldt's existirt. Im Gegentheil wird der in der genauen Beobachtung dieser Dinge geübte Kliniker aus Mégevand's ebenso klar wie gründlich geschilderten Verhältnissen gerade eine Bestätigung der Schwabach'schen Resultate entnehmen müssen. Dass es sich um pathologische, auf einen äusserst

---

27) Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx par le Dr. Mégevand. Genève 1887.

winzigen Bezirk beschränkte Processe handelt, bestätigen Mégevand's Angaben unwiderleglich[28], nicht jedoch, dass dieser Bezirk eben die bursa pharyngea, ein besonderes Gebilde und nicht ein „integrirender Bestandtheil der Tons. ph." ist.

Dass er vielmehr stets lediglich einen allerdings mit grosser Constanz vorkommenden Hohlraum in dem adenoiden Gewebe im Auge hat, nämlich die ziemlich constant vorkommende mittlere Tonsillarfurche und deren hinteres Ende, der, sei es durch die normale Involution[29], sei es durch pathologische Vorgänge entstanden, äusserst variable und oft bizarr gebildete Formen annimmt, das wird bewiesen dadurch, dass der Autor das Orificium seiner bursa in einer so variirenden Distanz hinter dem septum findet, dass sie durch individuell variirende Grössenverhältnisse kaum zu erklären ist, dass er bisweilen dieses Orificium mehrere Millimeter von der Medianlinie entfernt gefunden hat, dass er ferner stets von einer cavité, dirigée d'arrière en avant oder dirigée dans le sens antero-postérieur spricht, was offenbar gleichbedeutend mit der durch Verwechselung der medialen Leisten in einen blinden oder auch nach vorne offenen Canal verwandelten mittleren Furche ist, der dann nur von der hinteren, meist persistirenden Lücke — dem orificium bursae — zugänglich und durch Abtragen der überdachenden Membran leicht offen zu legen ist, dass er endlich öfters eine die bursa von der mittleren Furche trennende Scheidewand beobachtet hat, durch welche aber nur eine rein zufällige Trennung eines morphologisch

---

[28]) loc. cit. pag. 98: „Dans le catarrhe de la bourse, les organes voisins sont plus ou moins indemnes; ce n'est qu'à de rares exceptions que nous avons vu des altérations soit des fosses nasales, soit de la paroi postérieure du pharynx ou du voile du palais. Nous ne pouvons admettre comme absolu le fait que l'on doit toujours trouver une hyperémie circonscrite aux environs de la bourse."

[29]) B. Fränkel, Ueber adenoide Vegetationen. Deutsche med. Wochenschrift 1884, Nr. 41.

zusammengehörigen Ganzen in mehrere Abschnitte herbeigeführt worden ist.

Auch seine Schilderung der Cysten der bursa macht es mehr als wahrscheinlich, dass es sich meist um cystische Erweiterungen des oben beschriebenen, mittleren Canals handelte. Da diese Cysten, die er als in der Mittellinie gelegen beschreibt, von ihm sowohl unmittelbar hinter dem septum als bis zu 12 mm von ihm entfernt gelegen gesehen werden, ist klar, dass es sich dann nicht um cystische Erweiterungen eines an fixer Stelle gelegenen Gebildes handeln kann, sondern um rein zufällig durch transversale Scheidewände abgeschnürte cystisch erweiterte Theilstrecken des mittleren Canales.

Wie man aber auch das anatomische Substrat bezeichnen will, wir sind in jedem Falle Mégevand dankbar, dass er das häufige Vorkommen isolirter Catarrhe der fraglichen Region anatomisch nachgewiesen hat (pag. 98 le catarrhe de la bourse nous paraît être une chose assez fréquente à Genève). Er hält es mit Tornwaldt für wahrscheinlich, dass Catarrhe in benachbarten Schleimhautparthieen das ursächliche Moment abgegeben haben, für die Erkrankung der infolge ihrer anatomischen Lage zur catarrhalischen Erkrankung und Fixirung des Catarrhs besonders disponirten bursa pharyngea[30]).

Das Jahr 1888 bringt eine werthvolle Bereicherung[31]) der Casuistik aus der Feder Walb's, der die anatomische Seite der Frage, die seiner Meinung nach nur durch eigene selbstständige Untersuchungen entschieden werden könne, nur

[30]) loc. cit., pag. 98. Nous sommes disposé à le considérer (le catarrhe de la bourse) comme secondaire à une autre affection qui se serait guérie en partie et serait restée limitée seulement à la bourse. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne peut, du moins chez nous, être invoqué comme la principale cause, étant donné que nous avons trouvé des restes de cette affection en voie de guérison chez quelques-uns de nos sujets.

[31]) Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten von Dr. H. Walb. Bonn 1888, pag. 41 ff.

kurz berührt, aber offenbar mehr zu den Anhängern einer bursa gehört, als der von Schwabach klar und scharf formulirten Anschauungen[32]. Es gelang ihm meistens mit Höllensteinätzungen in kürzerer oder längerer Zeit ein Heilresultat zu erzielen, nicht selten wendete er auch die Galvanokaustik an. Cysten hat er nicht beobachtet. Auch Bloch spricht in seinem zur Instruction für practische Aerzte bestimmten Artikel[33] über den vorliegenden Gegenstand von der „bursa pharyngea", trotzdem er, wie schon Schwabach in seiner neuesten Publication hervorhebt, die so mannigfachen Formveränderungen ausgesetzte mediane Spalte oder Höhle thatsächlich als bursa pharyngea bezeichnet. Er plaidirt schon der Kürze der Bezeichnung halber für die Bezeichnung bursa ph., statt der von Ganghofner und Schwabach vorgeschlagenen — recessus pharyngeus medius, wogegen nur einzuwenden wäre, dass wir in der Medicin noch viel längere Bezeichnungen anstandslos gebrauchen, und dass man am besten thut, an die Stelle eines kurzen, aber unklare Vorstellungen erweckenden Wortes ein zwar längeres, aber mit den thatsächlichen Verhältnissen sich deckendes zu setzen.

Ich habe deshalb überall stets geflissentlich mich der Bezeichnung recessus pharyngeus medius bedient, wenn ich die bursa pharyngea im Sinne der übrigen Autoren meinte.

Ein Fall Sreberny's in Warschau[34] — es handelte sich um eine Cyste bei einem nervösen, anämischen Mädchen — erweckt noch Interesse, weil der Autor aus diesem einen Fall die Meinung sich bildet, dass nur bei nervösen Menschen derartige Erkrankungen überhaupt Beschwerden hervorzurufen pflegen, und besonderer Nachdruck auf die Allgemeinbehandlung zu legen sei. So beherzigenswerth auch diese Mahnung des Autors

---

[32] loc. cit. pag. 69.

[33] Bloch, Ueber die bursa pharyngea. Berl. klin. W., 2. April 1888.

[34] Medycyna 1888, Nr. 50, 51 Referat in Zeitsch. f. Ohrhk. XIX. Bd., 1. Heft, pag. 98.

und anderer hervorragender Laryngologen[35]) ist, nicht den Blick starr auf das kleine locale Leiden gerichtet, den ganzen Menschen darüber zu vernachlässigen, so kann doch den fraglichen Affectionen dieser Warnruf nicht gelten. Wir sind leider oft genug in der Lage, die Erfolglosigkeit eines Jahre währenden, körper- und nervenstärkenden Regimes und einer milden örtlichen, mehr auf einen psychischen Effect gerichteten Therapie in diesem Leiden zu beobachten. Der Vorgang ist aber meistens der, dass die Recessusaffection erst die neurasthenische Beschaffenheit des Nervensystems erzeugt und dann unterhält, und dass mit der Eliminirung des Reizheerdes oft die normale Function sich herstellt. Zum Schluss dieser literarischen Uebersicht müssen wir noch eingehend von Schwabach's erst neuerdings veröffentlichten, entwickelungsgeschichtlichen, gleich anfangs erwähnten Arbeit[36]) über die Entwickelung der Rachentonsille Notiz nehmen. Schwabach kommt auf Grund zahlreicher Untersuchungen von Embryonen und Kindern in den ersten Lebensmonaten zu dem Schluss (pag. 197), dass die an der Uebergangsstelle des fornix ph. in die hintere Rachenwand in der Medianlinie der Schleimhaut, bei Embryonen von 6,0—7,0 cm, zuerst in Form eines flachen Grübchens oder einer flachen Spalte auftretende Einsenkung, die embryonale bursa ph. der Autoren, nichts anderes ist, als die erste Anlage der Rachentonsille.

Pag. 199. „Die Abflachung der anfangs trichterförmigen Einsenkung kommt dadurch zu Stande, dass die anfangs gegen die vordere Parthie der Fornixschleimhaut in einen leicht stumpfen Winkel abgegrenzte vordere Wand der Einsenkung allmählich immer mehr verstreicht, dass also mit anderen Worten

[35]) cf. Intern. Centrbl. f. L. 1887, Nr. 2, pag. 39. Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie. Ferner Bresgen, Der chronische Rachen- u. Nasencatarrh. Wien u. Leipzig 1883, pag. 99 und andere.

[36]) loc. cit.

aus der trichterförmigen circumscripten Einsenkung die nach und nach immer weiter nach vorn sich hinziehende mittlere Spalte sich herausbildet, deren hinteres Ende dieser Recessus, also bei älteren Früchten, Neugeborenen und Kindern in den ersten Lebensmonaten schliesslich darstellt."

Pag. 206. Fasst er das histologische Resultat folgendermassen zusammen: „Inzwischen vollziehen sich auch in der Schleimhaut des Rachendaches, zunächst in der Umgebung der Einsenkung, histologische Veränderungen, welche auf die Entwickelung der die eigentliche Rachentonsille constituirenden adenoiden Substanz hindeuten. Mit der Zunahme der bisher nur spärlichen Vascularisation zeigen sich in dem zunächst noch den Charakter des embryonalen darbietenden Bindegewebe lymphkörperchenartige Zellen, die anfangs noch zerstreut, bei weiterem Wachsthum des Fötus an Zahl stetig zunehmend, eine mehr oder weniger dicke Schicht bilden, zugleich sieht man, dass das Bindegewebe der Schleimhaut seinem Aussehen nach sich mehr dem reticulären nähert, während das gegen den Basilarknorpel zu gelegene, eine deutlich fibrilläre, lockige Beschaffenheit annimmt. Die Infiltration mit Leucocyten, anfangs in der Gegend der Einsenkung am dichtesten, breitet sich bei fortschreitender Entwickelung sowohl weiter nach vorn als auch lateralwärts aus und zwar immer entsprechend der weiter fortschreitenden Ausbildung der an der Schleimhautoberfläche sichtbaren Spalten. Mit der zunehmenden Infiltration nimmt in auffallender Weise auch die Zahl und Weite der Blutgefässe, namentlich der Venen, zu."

Mit diesen Resultaten dürfte wohl endgültig die Streitfrage über die anatomische Bedeutung der bursa pharyngea erledigt sein.

Gerade im Abschluss dieser Zeilen begriffen, erhalte ich gütigst von Herrn Prof. Dr. Schneider die Habilitationsschrift

des Herrn Dr. Suchannek[37]) zugeschickt, aus welcher ersichtlich ist, dass Herr Suchannek sich auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen mit Schwabach in völligem Einverständniss befindet und dass er, wie ich auch, der Meinung ist, es sei Mégevand nicht gelungen, für die Existenz der bursa überzeugende anatomische Beweise zu erbringen[38]). Statt des Ausdruckes „bursa ph." gebraucht er wie ich die klarere Bezeichnung: mittlere Tonsillarfurche, Medianfurche, mittlere Spalte[39]) etc. In dem Theil seiner Sectionsbefunde, der die Fälle den chronischen Retronasalcatarrh betr. enthält, finden sich 2 (Nr. 19 und 47) unter 25, bei denen „die stärkere Secretion der mittleren Spalte so evident ist, dass Tornwaldt und Mégevand in ihren Fällen über Hypersecretion der b. ph. einen solchen Krankheitsprocess diagnosticirt und mit dem specialen Namen aufgeführt haben würden." Zusammenfassend bemerkt dann der Verfasser, dass er „den chronischen Catarrh der pars nasal. phar. nicht selten im Verein mit chronischer Rhinitis gesehen hat und dass in manchen Fällen, mochte letzterer abgelaufen sein oder nicht, sich die Entzündung besonders an der Tonsille, deren seitlicher und mittlerer Spalte, localisirt hatte."

Die Necroscopie bestätigt also auch hier, was der Rhinoscopiker täglich zu beobachten und kunstgerecht zu behandeln

---

[37]) Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Rachengewölbes. Habilitationsschrift der Erziehungsdirection des Kantons Zürich, eingereicht z. E. d. v. l. Jena 1888.

[38]) cf. loc. cit. pag. 16, 17, 36 etc. cf. pag. 42. „Aehnliche Taschenbildungen, wie sie Mégevand beschreibt, sind auch mir begegnet. Ihre inconstante Entfernung vom septum, sowie ihre constante Lage in der Medianlinie der Tons. phar., endlich die microscopische Untersuchung belehrten mich, dass man es in solchen Fällen nur mit einer, an höherer oder tieferer Stelle, durch chronische Entzündung und Verwachsung der mittleren Leisten erfolgten pathologischen Taschenbildung der Medianspalte der Tons. ph. zu thun hatte."

[39]) „Pseudobursa" nennt er sie auch in einer im anat. Anzeiger 1887, Nr. 16 erschienenen Arbeit.

Gelegenheit hat, nämlich, dass nicht selten ganz isolirte Catarrhe der mittleren Tonsillarfurche, mag sie rhinoscopisch oder necroscopisch im feineren Detail sich präsentiren, wie sie wolle, existiren. Auf die Symptomatologie dieses Leidens an dieser Stelle näher einzugehen, halte ich nicht für angebracht, nachdem Tornwaldt in ebenso klarer, wie geschickter Weise in seinem leider von Aerzten und auch Specialisten zu sehr vernachlässigten Werk dieselbe erschöpfend behandelt hat. Zudem findet der Leser in meinen gerade mit Rücksicht auf eine erschöpfende Darstellung der Symptome zusammengestellten Krankengeschichten alles des Wissens und der practischen Berücksichtigung werthe — und practisch wichtig sind diese Affectionen in eminenter Weise sowohl wegen ihrer grossen Häufigkeit, als auch wegen ihrer den ganzen Organismus häufig beträchtlich schädigenden Fernewirkung. Das werden die Krankengeschichten zeigen. Mit Rücksicht auch auf diese enorme Wichtigkeit dieser Leiden habe ich mich bemüht, ein Verfahren zur Behandlung dieser Affectionen ausfindig zu machen, das nicht nur geeignet wäre, die bis jetzt geübten Behandlungsmethoden zu vereinfachen und im Erfolge sicherer zu machen, sondern auch den rhinoscopirenden Collegen, die nicht im Besitz einer prompt arbeitenden Batterie sind, einen äusserst wirksamen Ersatz für dieselbe zu bieten.

Ich will jetzt meine Methode schildern, die sich mir so sehr bei allen Fällen bewährt hat, dass, wenn nicht äusserer Gründe wegen die Cur abgebrochen werden musste, ich stets radicalen Erfolg mit ihr erzielte. Bemerken will ich noch vorher, dass ich experimenti causa irgend ein unterstüzendes Verfahren, z. B. die von Keimer[40]) empfohlene Berieselung mit aluminium acetico-tartaricum geflissentlich nicht anwandte, um dem Einwande zu begegnen, es habe sich um eine Heilwirkung des medicamentösen Spray gehandelt. Derselbe wäre

---

[40]) loc. cit., pag. 77.

auch überflüssig gewesen, da in allen meinen reinen Recessusfällen eine diffuse Erkrankung des Nasenrachenraumes mit Sicherheit auszuschliessen war. Meine Methode besteht einfach in der gründlichen, eventuell öfters zu wiederholenden Auskratzung der erkrankten Tonsillartheile mit mehreren zu diesem Zweck construirten scharfen Löffelchen und sofort der Operation folgenden Applicirung von Chromsäure oder Höllenstein an eine genau den anatomischen Eigenthümlichkeiten des Falles entsprechend gekrümmten silbernen Sonde geschmolzen. Das Löffelchen[41]) ist dem Trautmann'schen scharfen Löffel[42]) zur Operation der hypertrophischen Rachentonsille nachgebildet. Der Durchmesser seiner schneidenden Peripherie beträgt 4,5 mm; sie ist der Wirbelsäule zugewandt und kann, da der normalmässig leicht s-förmig nach oben strebende Stiel, der aus sehr widerstandsfähigem, trotzdem mit einer Zange jedweder Biegung fähigem Stahl besteht, parallel zu jeder sich darbietenden Fläche gerichtet werden.

Das Instrumentchen wird in einem gewöhnlichen Spiegelhalter befestigt und wie eine gewöhnliche Sonde geführt und operativ gehandhabt.

Man kann getrost das krankhaft secernirende Gewebe bis auf das Periost entfernen. Die Blutung ist äusserst gering, der Schmerz wird selbst von sehr empfindlichen Personen als minimal angegeben. Unangenehmer als das Kratzen ist ganz entschieden die darauf folgende Höllenstein- oder Chromsäureätzung. Doch ist auch dieser Schmerz ganz leicht erträglich und nur von kurzer Dauer. Mich führte folgende Erwägung zur Construction dieses einfachen Instrumentchens. Ich sagte mir, wenn Tornwaldt in der Meinung, eine bursa vor sich

[41]) Verfertigt bei Grunwald, Königsberg, Münzstrasse.

[42]) Anat., pathol. und klin. Studien über Hyperplasie der Rachentonsille. Berlin 1886, Tafel VII.

zu haben, die sogar einen spitzen Ausläufer in die Fibrocartilago hineinsenden könne, sich scheute vor einer allzu energischen und tiefen Einführung des Galvanokauters, um die Kranken nicht den Gefahren einer Knochenhautentzündung mit ihren an dieser Stelle unabsehbaren Folgen[43]) auszusetzen, so sei das völlig correct und löblich, und Broich[44]) sei im Irrthum, wenn er eine so stürmische Hitze, dass sie den Passavant'schen Wulst zu durchbrennen im Stande sei, für so ziemlich ungefährlich halte[45]). Bei der Gefässanordnung an der Schädelbasis — nach Luschka[46]) dringt ein Zweig der art. pharyngea ascendens durch die Fibrocartilago basilaris zum Gewebe der dura mater — könnten bei allzu dreistem Vorgehen immerhin Entzündungserreger einem das Periost in Mitleidenschaft ziehenden Wundcanal folgend sich der dura mater nähern. Da es sich nun ja um einen engumschränkten krankhaften Bezirk handle, und man nach Trautmann[47]) tüchtig auf der Fibrocartilago kratzen könne, ohne dieselbe zu verletzen, müsse man gefahrlos, rasch und sicher alles Kranke mit diesem Löffel entfernen können. Diese Betrachtungen der Theorie fanden ihre glänzende Bestätigung in der Praxis. Zwar boten die ersten Resultate infolge einer gewissen Zaghaftigkeit in der Anwendung des Löffels nichts gerade Imponirendes dar. Während ich jetzt mit 2—3maliger Anwendung

---

[43]) loc. cit., pag. 66.

[44]) loc. cit., Nr. 5, pag. 160

[45]) Dass übrigens solche Knochenhautentzündungen, resp. Knochenverletzungen unter Umständen tödtlich verlaufen, beweist ein privatim mir von dem ersten Assistenzarzt einer berühmten Pflanzstätte für Laryngologie in . . . . . . mitgetheiltes trauriges Ereigniss. Ein Adept der betr. Klinik hatte eine phar. gran. galvanokaustisch bearbeitet und dabei mit dem Spitzbrenner das Periost verletzt. Nach wenigen Tagen, wenn ich nicht irre, waren es 4, starb die übrigens blühende Patientin an akuter Entzündung der Rückenmarkshäute.

[46]) Luschka, Der Schlundkopf des Menschen, pag. 112.

[47]) loc. cit., pag. 42.

auskomme, musste im Anfang die Procedur öfters wiederholt werden, bis zu 5 mal. Ganz besonders ist meine Methode ferner der galvanocaustischen gegenüber als ein Fortschritt zu betrachten deshalb, weil niemals entzündliche Reactionen gesetzt werden, man daher, was bei auswärts wohnenden Patienten oft von der grössten Wichtigkeit ist, täglich, ohne das Allgemeinbefinden auch nur im geringsten zu alteriren, dieselbe Procedur vornehmen kann, ohne durch Rücksichten auf irgend einen Schorf gebunden zu sein. Das Ausbleiben jeder übeln Reaction auf das Allgemeinbefinden betone ich deshalb, weil die Anwendung des Galvanokauters in jener blut- und nervenreichen Region das Allgemeinbefinden doch recht erheblich stören kann.

So beobachtete ich bei einem jungen blühenden Menschen — es handelte sich um adenoide Wucherungen — trotz völlig correcter Anwendung des Galvanokauters und correcter Einleitung der Nachbehandlung am Abend des Operationstages heftigen Schüttelfrost, Aufsteigen der Temperatur bis 40,5 (!), welche Temperaturerhöhung mit kurzen Remissionen 3 Tage anhielt. Das sind wahrlich keine angenehmen Zugaben dieser Methode.

Nach der Anwendung meines Verfahrens gehen die betreffenden Patienten ihren Geschäften nach, ohne durch etwas anderes belästigt zu werden, als hier und da durch leichte Schluckbeschwerden und mehr oder weniger intensiven, ein bis mehrere Stunden anhaltenden Kopfschmerz. Ich habe noch vergessen zu bemerken, dass ich, wie selbstverständlich, nach der Applicirung des Höllensteins auf die wunde Fläche eine schwache Salzlösung mittelst des Nasenrachenspray dirigire.

Bevor wir nach der Erörterung des technischen Theiles zu den einzelnen Fällen übergehen, möchte ich noch kurz vorher einige Worte über das von mir gewählte Eintheilungsprincip vorausschicken.

Es waren weder gewisse klinische noch pathologisch-anatomische, im Wesen der betreffenden Krankheit liegende Merkmale, die zu einer bestimmten Classification der Fälle mich veranlassten.

Handelt es sich doch im Wesentlichen nur um Hypersecretion, wobei allerdings die Art des Secrets, die Schnelligkeit seiner Bildung wichtige, Berücksichtigung erheischende Factoren von mannigfaltiger Gestaltung darstellen, und um Cystenbildung.

Es haben desshalb rein practische, für die Praxis wichtige Gesichtspunkte mich veranlasst, die folgende Eintheilung in 4 Gruppen vorzunehmen, von denen die erste 5 wegen Lungenleiden behandelte Recessuspatienten enthält, von denen die zweite 4 Fälle mittheilt, bei denen infolge völliger Unkenntniss des wahren Sachverhaltes zwecklose und eingreifende wenn auch gut gemeinte Manipulationen stattgefunden hatten, und die leider beweisen, wie wenig bis jetzt in dem ärztlichen Vorstellungskreis im Allgemeinen die Existenz und Wichtigkeit derartiger Leiden Platz gefunden hat[48]).

Die dritte bringt 4 Cystenfälle, die vierte endlich 7 sog. Schulfälle von „bursitis".

---

[48]) cf. Walb, loc. cit. pag. 60. „Wenn ich vorstehende Krankengeschichte mit der Ausführlichkeit wiedergegeben habe, so geschah es hauptsächlich aus dem Grunde, weil sie beweist, dass die schöne Entdeckung Tornwaldt's, trotzdem schon mehr als 2 Jahre seit ihrer Veröffentlichung vergangen sind, noch so wenig allgemeine Würdigung gefunden hat. Denn nur so ist es zu erklären, dass der Patient von den verschiedensten Aerzten und Specialärzten, ja selbst an einer Universitätsklinik, untersucht wurde, ohne dass der Grund seines Leidens gefunden werden konnte. Und doch handelte es sich um einen Schulfall von Bursitis, und dazu bei einem Patienten, bei dem die Rhinoscopie kinderleicht war etc. etc. .... Oder sollte wohl Voltolini Recht haben, wenn er in Besprechung der Tornwaldt'schen Arbeit das seltene Vertrautsein vieler Specialisten mit der Rhinoscopie hervorhebt?"

Dabei sind das durchaus nicht die einzigen, von mir beobachteten Fälle.

Nur die Rücksicht auf die nicht fortzuleugnende, mehr oder weniger grosse Aehnlichkeit der Krankheitsbilder und die daraus resultirende gewisse Monotonie haben mich veranlasst, um den Leser nicht zu sehr zu ermüden, nicht in umfangreicherer Weise von meinen Krankenjournalen Gebrauch zu machen.

Leider stehen mir vorläufig wenigstens nicht eigene pathologisch-anatomische Befunde zu Gebote wie Mégevand und Suchannek. Der Abbruch des alten pathol. Anatomiegebäudes und die Uebersiedelung in ein provisorisches Local waren diesbezüglichen Untersuchungen vorübergehend nicht günstig. Es stehen aber jetzt umfangreiche anatomische Explorationen in Aussicht, deren Resultate seiner Zeit werden veröffentlicht werden.

An die Spitze meiner Fälle möchte ich eine Sammlung von Phthiseophoben stellen, bei denen die Untersuchung der Lunge entweder keine Störung oder nur harmlose Bronchialaffectionen enthüllte. Alle hatten das Gemeinsame, dass sie wegen[49]) ihrer vermeintlichen Phthise grösstentheils schon vorher Aerzte consultirt hatten, die denn auch, in sorglichem Pessimismus befangen, der ängstlichen Gemüthsart der Patienten neue Befürchtungen aufluden.

Gemeinsam war Allen ein, sei es continuirlich, sei es zu bestimmten Zeiten auftretender Husten, mit oder ohne Herausbeförderung schleimig eitriger Massen.

Was die Beziehungen des Hustens zu der fraglichen Erkrankung des fornix betrifft, können wir wohl als feststehend betrachten, dass sowohl auf reflectorischem Wege durch den Reiz des flüssigen oder mehr compacten, bisweilen zersetzten Schleimes auf die Nervenendelemente, als auch durch directes

---

[49]) cf. Tornwaldt, loc. cit. pag. 44, 45 ff. 79.

Hinüberfliessen zäher Schleimmassen in die fossa interarytaenoidea[50]) Husten ausgelöst werden kann. Für beide Vorgänge gelang es mir, zahlreiche klinische Bestätigungen zu finden. Der Rachenhusten[51]) war — allerdings nur in den ersten Tagen der Behandlung — bei allen denjenigen Patienten, die an morgendlichen paroxysmusartigen Hustenanfällen litten, durch Berührung der catarrhalisch erkrankten Parthieen oder der Cyste zu erzeugen.

Alle Patienten reagirten, im Gegensatz zu allen denjenigen, deren Nasenrachenraum gesund ist und daher sich äusserst tolerant gegen Sondenreize verhält, auf jede Berührung so überaus prompt mit mehr oder weniger krampfhaftem Husten, dass ich mich stets wunderte, wie die Resultate der Untersuchungen von Kohts[52]) an hervorragenden Stellen Widerspruch finden konnten. Nach den nicht spärlich vorliegenden Angaben neuerer Autoren[53]) kann wohl fernerhin die Existenz eines Rachenhustens nicht mehr bestritten werden.

Inquirirte man ausserdem die betreffenden Patienten nach Michel's Vorschrift[54]) genau darauf hin, von wo sie denn eigentlich den eventuellen Schleim hernähmen, von der Nase her oder aus der Tiefe, so ergab sich meistentheils, dass in weit überwiegendem Maasse die eitrigen Massen von oben herunter geholt wurden, oft nur unter Würgen und stetem Brechreiz. Dass es dabei leicht zu geringen Blutungen an die

---

[50]) cf. Störck, Klinik etc. Stuttgart 1880, pag. 220. Beschorner. Ueber Husten, 1880.

[51]) cf. Tornwaldt, loc. cit., pag. 46 ff.

[52]) Kohts, Experim. Untersuchungen über den Husten. Virch. Arch., Bd. 60.

[53]) cf. Michel, Krankheiten der Mundrachenhöhle 1880, pag. 28. Hack, Operative Radicalbehandlung etc. 1884, pag. 21. Tornwaldt, loc. cit. pag. 46 ff. Heryng, Revue mens. de laryng. etc. April 1886. Ziem, Monatsschrift f. Ohrenhk. Sept. 1886, pag. 293.

[54]) loc. cit. pag. 41.

Oberfläche in der zu Gefässzerreissungen ausserordentlich geneigten Schleimhaut dieser Gegend kommt, ist nicht verwunderlich, auch nicht, dass dem durch das fatale Blut erschreckten Patienten der Zustand seiner Lunge Sorge einflösst; wohl aber ist es verwunderlich, wenn Aerzte, wie das leider oft genug der Fall ist, selbst stutzig gemacht durch die verdächtigen Erscheinungen, nun rasch eine mehr oder weniger rigorose, mehr oder weniger langwährende Behandlung der Lunge instituiren[55]).

[55]) cf. Woakes, Post-nasal Catarrh and diseases of the nose causing deafness. London 1884, pag. 51:

„It is not rare for such cases to be submitted to long courses of treatment, to ward off phthisis, while the region really affected is ignored altogether. Recourse to posterior rhinoscopy should differentiate these symptoms by enabling the observer to recognise their true objective cause.“

# Fälle.

## Fall I.

Fräulein F., 38 Jahre. Dieser Fall ist besonders erwähnenswerth, weil 24 Jahre hindurch 14 Aerzte, darunter eine Reihe hochverdienter Männer, ihre Bemühungen eines fast 1/4 Jahrhundert bestehenden Hustens wegen, der Lunge zuwandten, ohne auch nur einen Nachlass der Beschwerden zu erzielen. Betr. Dame hat von ihrem 14. Jahr an gehustet. Die Ordination bestand in Pinselungen des Kehlkopfes, ausserdem erhielt sie Eisen. In ihrem 20. Jahre verordnete ein in weiten Kreisen hochgeschätzter Arzt in K., Obersalzbrunn, Ems, Pyrmont etc. Der Husten blieb indessen nicht fort; er war stets trocken und zeigte oft geringe Blutbeimischungen. Weiter zu erwähnen wären noch häufige Diphtheritisattaquen (?), bisweilen 2—3 im Jahre, und vor 3 Jahren Typhus, während dessen Dauer sie „furchtbar" husten musste. Danach gebrauchte sie wieder Obersalzbrunn.

Seit jener Zeit litt sie fast regelmässig im Herbst und Frühjahr an Lungencatarrhen mit Fieber. Vor 3 Jahren nach einem besonders heftigen Lungencatarrh stellte sich im Halse ein „ewiges" Brennen ein und häufiger Druck. Deshalb wurde sie viel mit Höllenstein gebeizt, welche Proceduren ohne Erfolg waren.

Mit diesen Klagen, zu denen noch häufig sich einstellende Trockenheit im Rachen, besonders Nachts, und mehrmals am Tage anfallsweise auftretender Schwindel hinzuzufügen wären, trat sie in meine Behandlung ein.

Stat. praes. 38jährige, zart aber kräftig gebaute Dame, blasse aber gesunde Hautfarbe. Lunge völlig gesund (einzelne ganz spärliche trockene Rasselgeräusche konnten wohl kaum als pathologisch betrachtet werden). Mässige Injection der im Grossen und Ganzen glatten, nicht hypertrophirten, normal succulenten Schleimhaut. Aussehen und Functionen des Larynx durchaus normal, in der Luftröhre nichts Abnormes. Nase und Ohr gleichfalls gesund. Der retronasale Theil des Pharynx zeigte nicht dieselbe Injection wie der orale, die Schleimhaut zeigt dort eher verminderten Blutreichthum. An der Rachentonsille ist eine ungewöhnliche, an den kindlichen Typus erinnernde Regelmässigkeit der Leistenrudimente bemerkenswerth. Hinter dem Vereinigungspunkt der sagittalen Leisten die bekannte Grube (Stecknadelkopfgrösse), in derselben ein kleiner Eiterpfropf, der, bei Besichtigung mit dem Voltolini'schen spiegelnden Gaumenhaken eine etwa 1 cm lange Fortsetzung auf die hintere Rachenwand zeigt. Berührung mit der Sonde löst colossale, selbst meine Nerven stark belästigende Hustenanfälle aus. Nach beendigter Untersuchung event. Pinselung heftiger Schwindelanfall von ca. 15 Minuten Dauer. Patientin darf nicht wagen, sich vom Stuhle zu erheben. In der ersten Woche Pinselung der gesammten Rachenschleimhaut mit schwachen Jod-Jodkalium- und Cocaïnlösungen, in den Larynx Einträufelung von starker Mentholösung. Keine Besserung, weder des Schwindels noch des Hustens. Für eine Recessusaffection, wenn ich auch darauf fahndete, hatte ich noch keine genügenden sicheren Anzeichen gefunden, bis es am 10. Tage, an dem ich die Patientin auch zu einem Nachmittagsbesuch eingeladen hatte, gelang, sie in einem Moment zu speculiren, da ein mässig dicker, eitrigschleimiger Strom von dem recessus an bis zu der Höhe der Aryknorpel sich verfolgen liess[56]). Patientin machte Bewegungen, die ausdrücken sollten, ich möchte aufhören

---

[56]) Eine solche pathol. vermehrte Emigration von Leucocyten durch das adenoide Lager machen Stöhr's (V. A. 97. Bd., I. II. pag. 211 ff.) und Suchanneck's (loc. cit., pag. 25 ff.) leicht erklärlich und verständlich.

zu speculiren. Ich that es nicht, bat sie vielmehr mit aller Kraft den Kitzel zu unterdrücken. Sie that es und langsam vorrückend ergoss sich die zähe, gelbliche Masse in die fossa interarytaenoidea. Jetzt zog ich den Spiegel zurück, ein krampfartiger Hustenanfall folgte, und die nun folgende Speculirung zeigte das alte Bild — Rachen und laryngealer Theil des Rachens frei von Schleim, nur oben befand sich noch die charakteristische, von mir schon früher gesehene, scheinbar unansehnliche Schleimansammlung. Es gelang mir später noch öfters diesen Vorgang bei der Patientin zu beobachten. Jetzt war der Weg klar vorgezeichnet. Ich ätzte zunächst öfters mit Höllenstein in Substanz die Wände des recessus, was den Erfolg hatte, dass der ungeheuerliche Husten, den vorher weder Menthol, Inhalation von viel Tinct. opii mit aq. amygd. amar., Cocaïn etc. auch nur im Mindesten zu bändigen im Stande waren, so wie der Hustenkitzel sich verminderten, auch der Schwindel völlig weg blieb, wenigstens nach den örtlichen Eingriffen. Um den Heilungsvorgang noch rascher zu fördern, kratzte ich den ganzen recessus sammt dem hinteren Grübchen gründlichst mehrere Male aus, ätzte die wunde Fläche mit Höllenstein, auch mit acit. chrom. und hatte die Genugthuung, mit dem gänzlichen Verschwinden der Schleimabsonderung auch ein gänzliches Verschwinden des Hustens constatiren zu können. Patientin konnte auch bald, was ihr seit Jahren unmöglich gewesen war, heisse, stark saure und gewürzte Speisen ohne Beschwerden wieder geniessen. Gegen die noch ab und zu sich einstellende Empfindung von Trockenheit liess ich nun erst alum. acet.-tartar. nach Schäffer's[57]) Vorschrift mittelst des Nasenrachenspray anwenden.

Der Erfolg war ein anhaltender. Ein Hustenrecidiv ist bis jetzt nicht eingetreten. Bemerken will ich zu diesem Falle noch, dass es sich allerdings um ein durch traurige Ereignisse erschüttertes Nervensystem handelte, dessen enorm gesteigerte Reflex-

---

[57]) Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Dr. Max Schäffer, Wiesbaden 1885, pag. 5.

erregbarkeit eben auf so gelinde Reize, wie besagte Schleiminvasion des Larynx und sanfte Berührung der erkrankten Fornixtheile so anhaltend und explosiv reagiren musste. Immerhin war die Diagnose „nervöser Husten", dessen Symptomenbild von Rosenbach so klar geschildert ist[58], eben wegen der abnormen „Schleimsecretion ohne sichtbare Texturveränderung der Schleimhaut" nicht zulässig. Zu dem hysterischen Habitus endlich fehlte nicht weniger als Alles. Den Schwindel als retronasalen betrachten zu dürfen, war ich nicht in der Lage[59]. Er gehörte natürlich dem Symptomencomplex der Neurasthenie an, und es erscheint mir überflüssig und unfruchtbar, vom rhinologischen Standpunkte aus darauf einzugehen.

## Fall II.

Herr L., Zimmermeister, 28 Jahre. Seit 2 Jahren datirt sein Leiden. Es begann mit „Bluthusten", der ihm helle Angst einjagte. Es wurde eine tracheitis und bronchitis constatirt und behandelt. Nach der Cur arbeitete er wieder, doch musste er jeden Morgen unter Würgen „krächzen". Er „krächzte" viel Schleim und feste Stücke aus. Ein zweiter Arzt, den er consultirte, sagte ihm, er wäre lungenkrank und wendete Inhalationen an. Ein dritter Arzt, ein äusserst bedeutender klinischer Diagnostiker, constatirte auch einen „Spitzencatarrh", verschrieb Milch in Selters und frische Luft. Ein vierter Arzt verordnete Lungengymnastik, die ihm dann auch, 7 Wochen geübt, eine mässige Besserung brachte. Doch das „Krächzen" blieb, nur spie er kein Blut mehr aus. Vor einem halben Jahre, bevor er in meine Behandlung eintrat, stellte sich eine bedeutende Obstruction der Nase mit vielem Ausfluss ein.

Stat. praes. Kräftig gebauter aber körperlich etwas reducirt aussehender Mann. In den Lungen beiderseits, besonders über

---

[58]) cf. Bl. kl. W. 24. u. 31. Oct. 1887, pag. 802 ff.

[59]) cf. Le vertige nasal par le docteur Joal. Paris 1887, pag. 7, 8 und Referat darüber in Annal. des malad. de l'oreille etc. Février 1888.

den scapulis, zahlreiche trockene bronchitische Geräusche, keine Dämpfung. Beide Nasen infolge mässiger Hypertrophie der gesammten Schleimhaut, besonders der unteren Muscheln, nicht genügend für Luft durchgängig. Rachen- und Larynxschleimhaut normal, keine Tracheitis. Der Nasenrachenraum, völlig frei von Secretanhäufung, bot auch nichts Pathologisches dar. Der Gedanke an phthisis incipiens lag allerdings hier sehr nahe, doch war andererseits die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um einen unschuldigen Bronchialcatarrh, verursacht durch die Nothwendigkeit, infolge der Nasenstenose zahlreiche Staubpartikelchen in die Lunge aspiriren zu müssen, noch grösser. Die Blässe, Magerkeit und Schlaffheit der Haut waren leicht auf mangelhafte Ernährung zurückzuführen, ein Resultat seiner durch die feste Ueberzeugung eines schweren Lungenleidens erzeugten deprimirten Gemüthsstimmung.

Mir schien in dem Symptomenbild die Nasenstenose das ärztliche Handeln am dringlichsten aufzufordern. Vier galvanokaustische Operationen und häufige Höllensteininsufflationen stellten die normale Nasenathmung her und damit einen objectiven, leicht zu constatirenden Nachlass des Bronchialcatarrhs. Patient verschwand darauf aus meiner Behandlung und stellte sich erst $^1/_4$ Jahr später wieder vor.

Die Lage hatte sich nun wesentlich geändert. Die Nase frei durchgängig, ohne vermehrte Schleimabsonderung. Die Bronchitis verschwunden, das Aussehen im Gegensatz zu früher auffallend blühend. Doch war er immerhin noch nicht von dem guten Zustande seiner Lungen zu überzeugen. Er musste morgens noch würgen und krächzen und dies beunruhigte ihn immer noch sehr.

Ich wandte jetzt meine Aufmerksamkeit mehr als vorher dem fornix zu. Es fand sich an der Stelle, wo Tornwaldt das Orificium der bursa beschreibt, in der Mitte zwischen dem oberen Endpunkt des septum und dem tuberculum atlantis, eine beträchtliche Oeffnung, die bequem eine 2 mm im Durchmesser fassende Sonde aufnahm und in einen Hohlraum führte, dessen Tiefe sowohl

in der Richtung nach dem Hinterhauptbein zu als nach den Choanen mittelst derselben, natürlich je nach der vorliegenden Richtung verschieden gebogenen, mit einer 1 cm anzeigenden Marke versehenen Sonde genau ermessen werden konnte. Dabei ergab sich, dass die Tiefe dieses Hohlraumes sowohl in den vorderen wie hinteren Theilen annähernd 1 cm betrug, und dass es sich hier nur um eine, die mittlere Tonsillarfurche überdachende, einen blinden Canal vortäuschende Schleimhautverwachsung handeln konnte. Der gleich darauf folgende, sowohl diagnostischen, wie therapeutischen Zwecken dienende Eingriff verificirte meine Vermuthung. Mit einem kräftigen Zug nach hinten trug ich die Basis oder das Dach dieses Canals mit meinem Löffelchen ab und fand einen tiefen längsovalen Hohlraum vor mir, der mit Eiter erfüllt war und offenbar weiter nichts darstellte, als die durch den Seitendruck des Secrets leicht erweiterte mittlere Furche.

Ich kratzte ausserdem gründlich den Boden dieser Furche aus, ätzte mit Höllenstein, wiederholte die Procedur noch dreimal und erlangte sehr bald von dem Kranken die Versicherung, dass der Zwang zum „Krächzen“ aufgehört habe, und dass, wenn er hier und da noch einmal krächze, er es nur mehr noch thue, weil er seit Jahren sich daran gewöhnt habe.

Einige Bemerkungen sind zu diesem Fall noch von Nöthen. Es war mir niemals gelungen, wie in dem vorigen Fall, eine Secretansammlung zu finden; dieselbe fand zweifellos in der Nacht statt und reizte dann nach dem Erheben zum „Krächzen“. Mit welcher vulkanischen Kraft dieses „Krächzen“ von Statten ging, lernte ich ermessen, als ich zum ersten Mal in den Hohlraum eindrang. Die im Nebenzimmer wartenden Patienten erschraken derart, dass Alle ängstlich nach dem ihrer Meinung nach arg maltraitirten Kranken sich erkundigten. Mit der Wiederholung der Procedur stumpfte sich bald die Neigung zu dieser explosiven Reflexaction ab. Dabei handelte es sich um einen ascetisch lebenden Mann, um einen für ein Cooperiren mit zahlreichen voluminösen Instrumenten unglaublich toleranten Nasenrachenraum, so dass diese

brüske Reaction auf die völlig schmerzlose Berührung mit dem Silber nur auf einen entweder stets vorhandenen oder, was wahrscheinlich, erst durch das Recessusleiden erworbenen, eigenthümlichen Zustand der Reflexbahnen [60]) zu beziehen war.

### Fall III.

Da dieser Fall ausnehmende Aehnlichkeit mit dem eben beschriebenen hatte, will ich ihn nur kurz erwähnen. Es handelte sich um einen sehr dürftig entwickelten und infolge zahlreicher Krankheiten zurückgebliebenen jungen Schreiber (24 Jahre), der über verdächtigen Auswurf klagte und morgendlichen Husten, und bei dem in der That Lungenphthise mich nicht in Erstaunen gesetzt haben würde. Lunge, Kehlkopf, Rachen, Nase, Ohren waren gesund. Es handelte sich, wie bei Sonnenlicht leicht zu constatiren war, um einen eitrigen Catarrh der mittleren Tonsillargrube, deren Secretionen keine besondere Tendenz zum Eintrocknen hatten. Durch dreimalige Auskratzung des Recessus und dreimaliges Aetzen mit Höllenstein wurde er ebenso gründlich von seinen Beschwerden als von seinen Befürchtungen geheilt.

### Fall IV.

Herr R., Cand. theol., 23 Jahre. Kam zu mir mit der Klage über mangelhafte Luftpassage, leichte ziehende Schmerzen im Rachen, morgens sich einstellenden Zwang zum Würgen und Husten, den er natürlich, um so mehr, da der Erfolg des Hustens in der Herausbeförderung von eitrigen, äusserst zähen Schleimklumpen bestand, auf ein Lungenleiden bezog. Befreundete Aerzte, die er zu Rathe gezogen hatte, theilten seine Befürchtungen. Anamnestisch wäre noch hervorzuheben, dass die Nasenstenose „so weit er sich erinnerte" stets bestanden habe.

---

[60]) cf. Rossbach's Vorrede in: Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper von Dr. W. Runge. Jena 1885, pag. VII.

Stat. praes. Herkulisch gebauter, wohlgenährter junger Mann. Lungen, Larynx völlig gesund. In der Nase eine enorme, das vordere Ende des vomer und das hintere des knorpeligen septum betreffende Deviation nach links, infolge dessen und der consecutiven Rhinitis links fast totale Stenose. Rechts hochgradige Schwellung der Schleimhaut. Vorderer Schwellkörper der unteren Muschel stark hypertrophisch.

Beiderseits starke Secretion. Rachenschleimhaut normal. Im Nasenrachenraum macht sich schon beim flüchtigen Einblick auf die hintere Rachenwand ein spitzwinkelig angeordneter, grauschwarzer, dicker Schleimbelag bemerkbar.

Fasst man denselben mit der Bloch'schen Zange und hebt ihn ab, so kann man die Spitze gewissermassen gummiartig ausziehen, so zwar, dass sie bis zu einem gewissen Grade in der nun sichtbaren, das Ende der mittleren Tonsillarfurche darstellenden Schleimhauteinsenkung haften bleibt. Ausserdem ist die mittlere, stark entwickelte Tonsillarfurche mit eitrigem Schleim erfüllt. In den seitlichen Lacunen und Spalten war ein ähnlicher schleimbildender Process nicht wahrzunehmen.

Wenn schon hier ein offenbares Recessusleiden vorlag, glaubte ich doch in erster Linie die Nasenstenose beseitigen zu müssen, als einen für die Tonsillaraffection möglicherweise ätiologisch wichtigen Factor. Durch mehrmalige galvanokaustische Operationen an dem septum und je eine submucöse Injection von starker Carbollösung beiderseits in das vordere stark hypertrophische Schwellgewebe der beiden unteren Muscheln gelang es mir bald, die Nasenstenose völlig zu beseitigen.

Doch war, trotzdem ich mehrere Wochen zögerte, ein Einfluss auf das retronasale Leiden in keiner Weise zu constatiren. Mit Löffel und Höllenstein beseitigte ich deshalb in etwa 10 Tagen dasselbe und mit ihm die Befürchtungen des Patienten, lungenkrank zu sein.

Fall V.

Frl. A. N., 30 Jahre. Klagt über allgemeine Schwäche, Appetitmangel, Brustschmerzen, morgendlichen Husten mit Auswurf fester, bräunlicher Borken. Aerzte, die sie früher consultirt hatte, hatten ihre Bemühungen der hochgradigen Bleichsucht zugewendet, oder waren gegen den Husten vorgegangen mit Medicamenten, wie man sie bei Lungenleiden zu geben pflegt.

Stat. praes. Ausserordentlich blutarme, schlecht genährte Person mit schlaffer Haut. Die Untersuchung des Blutes ergiebt eine beträchtliche Verminderung der rothen Blutkörperchen. Lunge, Herz, Milz und sonstige Unterleibsorgane gesund. Im Larynx ausser einer marmorartigen Blässe der Schleimhaut nichts Pathologisches. Ohr, Nase völlig normal. Die Rachenschleimhaut trägt den exquisiten Charakter der sogenannten pharyngitis sicca. Sie ist trocken, lackartig glänzend, runzelt sich in ausgezeichnetem Grade. Gaumenmandeln macroscopisch nicht mehr nachweisbar. Uvula atrophisch. Im Nasenrachenraum fällt sofort eine schwärzliche austernschalenförmige äusserst harte Borke auf, welche die hintere Rachenwand bedeckt. Nach ihrer Entfernung und Erweichung der Schleimhaut mit einem alcalischen Spray zeigt dieselbe im Wesentlichen normale Verhältnisse. Nur im Nasenrachenraum abnorme Blässe. Am fornix in der völlig glatten Schleimhaut mehrere zerstreut liegende feine Löchelchen. In der Medianlinie etwa 3 mm von den Choanen entfernt eine länglich ovale Oeffnung von etwa 2 mm Länge, gleich dahinter, nur durch eine feine Schleimhautbrücke getrennt, eine zweite ähnlich gestaltete. Es gelingt eine zweite Sonde von der vorderen Oeffnung aus unter die Brücke nach hinten zu führen, so dass die Spitze in der hinteren Oeffnung sichtbar wird. Die hintere Oeffnung bezeichnet genau die vordere Begrenzung der eben entfernten Borke. Die Tiefe dieser feinen Furche beträgt etwa 3 mm. Da der übrige Nasenrachenraum wie auch die Nase gänzlich frei von einer ähnlichen Secretansammlung war, konnte die Bildungsstätte der Borke wohl nur in dieser feinen,

in der Mitte halbirten Furche angenommen werden, dem Rest der Tonsillarfurche.

Reinigende Massnahmen, die ich im Anfange vornahm, waren nutzlos, gaben mir aber die Zeit, mich längere Zeit hindurch mit der Beobachtung dieses borkenbildenden Vorganges zu beschäftigen. Als der Kräftezustand der Patientin durch sol. Fowl. und bessere Ernährung einigermaassen gekräftigt war, legte ich mit meinen Löffelchen den Hohlraum frei und konnte nun eine einheitliche Grube constatiren, die, ca. 5 mm lang und 2 mm tief, mit zähem Schleim vollgefüllt war.

Ich brauchte in diesem Falle allerdings 6 Auskratzungen, da ich damals noch nicht so gründlich mit meinem Löffelchen umzugehen wusste und wahrscheinlich immer winzige secernirende Parthieen stehen liess.

Ich konnte sie nach mehreren Monaten der Beobachtung und Behandlung von ihrem Husten, ihren Brustschmerzen und ihren Magenbeschwerden befreit, gegen die seiner Zeit in einer Klinik angewandte Magenausspülungen gänzlich nutzlos sich erwiesen hatten, in die Provinz entlassen.

Arsen, noch längere Zeit gebraucht, besserte ihr allgemeines Befinden schliesslich so sehr, dass sie ¼ Jahr später mir brieflich ihre völlige Genesung nach jeder Richtung mittheilen konnte.

---

Meine zweite Gruppe enthält 4 Fälle von eitrigem Recessuscatarrh, bei denen vorher ebenso wohlgemeinter, als falschberathener ärztlicher Uebereifer einigermassen Unheil angerichtet hatte, eventuell anrichten wollte.

Ich meine das kritiklose Fortbrennen[61]) der Granula in der pharyngitis granulosa ohne Kenntniss der Ursachen ihrer Entstehung.

---

[61]) cf. Ralph W. Seiss. The relations of chronic pharyngitis to intranasal and aural inflammation. Medical News, 22. October 1887 pag. 472. — Operative procedures have not proved satisfactory in my hands; the destruction of enlarged follicles by chemicals or electro-cautery only

Dass sogar recht zahlreiche und ansehnliche Granula ohne complicirendes Erkranktsein benachbarter Schleimhautparthieen symptomlos bestehen können, habe ich oft beobachtet, und bestätigt meine mässig granulirte Pharynxschleimhaut täglich. Es dürfte deshalb gerathen sein, mit äusserster Vorsicht und besonnener Auswahl zur Beseitigung dieser Höcker zu schreiten und zwar dann, wenn durch Sondenberührung eine gewisse Empfindlichkeit derselben constatirt werden kann, was auf einen beträchtlichen Epithelverlust[62]) auf der Kuppe schliessen lassen würde, und ferner, wenn durch Berührung pathologische Reflexe irgend welcher Art ausgelöst werden, immer vorausgesetzt, dass nicht Eiter producirende Catarrhe in der Nachbarschaft oder Nasenstenosen vorhanden sind.

Als zerstörendes Agens würden in diesen Fällen der Galvanokaustik bei weitem submucöse Injectionen[63]) mit ätzenden Säuren vorzuziehen sein, deshalb, weil sie nach meinen Erfahrungen ohne nennenswerthe entzündliche Reaction, ohne Narbenbildung und dauernd die verschiedenartigsten Hypertrophieen beseitigen[64]).

### Fall VI.

Herr D., Kaufmann, 19 Jahre, Fischhausen. Seine Klagen beziehen sich auf die classischen Symptome eines eitrigen Recessuscatarrhs. Als ätiologisch wichtig führt er selbst den Aufenthalt in einem staubigen Manufacturwaarenladen an.

Pinselungen aller Art blieben ohne Erfolg. Eine mit einem glühenden Draht (Eisendraht über einer Spiritusflamme) vorgenom-

---

appears to hurry on the dreaded atrophic changes, except where individual follicles have undergone cystic changes, when their careful obliteration is expedient.

[62]) A. Saalfeld. Virch. arch. Bd. 82 pag. 147.

[63]) Die Heryng'sche Spritze eignet sich ausgezeichnet dazu. cf. Heryng, die Heilbarkeit der Larynxphthise etc. 1887. Taf. III.

[64]) cf. Intern. Centrbl. für Laryngol. etc. Mai 1888, pag. 435. — W. T. Chappell, submucöse Injectionen bei chron. Hals- und Nasenleiden. New-York. Med. Record. 22. Oct. 1887 (im Referat).

mene Operation im Rachen vermehrte nur die abnormen Schmerz- und Druckempfindungen.

Stat. praes. Etwas anämischer, kräftig gebauter junger Mann. Lunge, Larynx, Ohr, Nase völlig gesund. Der Charakter der Rachenschleimhaut ist völlig verändert. Sie ist so weit ohne Spiegel der Betrachtung offen, von mächtigen weissglänzenden, breiten Narbensträngen durchzogen, die nur verhältnissmässig wenig normale Schleimhaut zwischen sich lassen. Letztere trägt zahlreiche kleine Granula, zu deren Beseitigung so heroische Proceduren angewandt worden waren. Lüftet man ein wenig das Zäpfchen, so zeigt sich ein dicker, zäher, eitriger Belag, der leicht mit der Bloch'schen Zange aus dem schön entwickelten Recessusgrübchen förmlich herausgehoben werden kann. Den ganzen, wegen der mächtigen Entwickelung der medialen Kämme mindestens $^3/_4$ cm in die Tiefe gehenden mittleren Recessus findet man, wenn man durch eine dicke Sonde die Leisten auseinanderpresst, mit eitrigem Schleim erfüllt, der in einer Continuität mit der grossen, eben beschriebenen Borke sich befindet. Das übrige, noch reichlich vorhandene adenoide Gewebe secernirt nicht in pathologischer Weise. Da Patient nur 14 Tage sich einer Cur unterziehen konnte, ging ich nach 4 Höllensteinätzungen, die nicht viel fruchteten, zu meinem Löffel über und konnte nach Ablauf der gesetzten Frist ihn in einem Zustande entlassen, den er seit Jahren nicht mehr kannte. Der Zwang, zähe Schleimmassen Morgens heraus zu würgen, der ihm besonders peinlich gewesen war, war völlig verschwunden. Eine Nachbehandlung des Rachens zu instituiren, hielt ich nicht für nöthig. Während ich dieses schreibe, theilt mir ein Freund des Patienten, der auch an einem Recessuscatarrh leidet, mit, dass bei Herrn D. bis jetzt, $^1/_2$ Jahr nach der Cur, kein Rückfall eingetreten sei, und er mir seinen Dank und seine Zufriedenheit ausdrücken lasse.

### Fall VII.

Herr G., Eisenbahnsecretär, 28 Jahre. Ein nicht durch das Curresultat, sondern durch den Befund ausgezeichneter Fall. Herr

G. hatte seit mehreren Jahren an den bekannten Beschwerden eines Recessuscatarrhs laborirt: Herauswürgen von eitrigem Schleim Morgens, stetes Fremdkörpergefühl im Rachen, Husten etc. etc. Ueberall wohin ihn sein Dienst führte, hatte er Aerzte consultirt. Da ihn niemand rhinoscopirt hatte, war er stets ungenügend behandelt worden. Schliesslich glaubte ein Arzt in einer kleineren Stadt Westpreussens die Ursache seiner Leiden in der pharyngitis gran. gefunden zu haben, und ging diesen, wie so oft auch in dem Falle, unschuldigen kleinen Höckerchen energisch zu Leibe. Der Befund im Rachen war imponirend. Wohl 3/4 der gesammten ohne Spiegel erreichbaren Schleimhaut des Rachens war in eine weissglänzende Narbenmasse verwandelt. Wo irgend ein kleines Stück normaler Schleimhaut sich zwischen den Strängen befand, trug es nicht unansehnliche Granula.

Der mit Spiegel Nr. 5, also dem grössten Larynxspiegel, wegen der enormen Geräumigkeit leicht zu betrachtende Nasenrachenraum bot ein überraschendes Bild. Auf der hinteren Wand ein Eiterstrom von mächtiger Dicke, dessen Herkunft aus dem tiefen Recessusgrübchen Sonde und Zange zweifellos nachwiesen. Ausserdem ergoss die hypertrophische Rachentonsille in toto aus allen ihren Lacunen einen dicken Eiter, der nur vereinzelte Knoten des adenoiden Gewebes nicht überzog. Wischte ich diesen Ueberzug weg, so hatte ich das so oft zu beobachtende monotone Bild des eitrigen Catarrhs des mittleren Recessus vor mir, hier allerdings complicirt durch Erkrankung auch der Nebenspalten und zahlreicher Lacunen. Patient litt ferner an chronischer Rhinitis mit bedeutender Verdickung der gesammten Schleimhaut und vermehrtem Schleimausfluss.

Da Patient erklärte, weil er schon so oft erfolgslos, ja zum Schaden behandelt worden sei, in keine irgend wie geartete, chirurgische Behandlung einwilligen zu wollen, konnte ich leider den Ausgangspunkt[65]) (ob Kieferhöhle, tonsilla pharyngea oder Nasenschleimhaut) dieser eitrigen Processe nicht constatiren.

---

[65]) cf. den von Ziem beschriebenen Fall. Monatsschrift für Ohrhk. Februar 1886, pag. 41.

## Fall VIII.

Herr G., Lehrer aus F. Es handelte sich in diesem Falle um einen eitrigen Recessuscatarrh, der in der That nur auf einen wenige Millim. tiefen Canal beschränkt war, dessen Orificium sich genau in der Mittellinie, doch etwas nach vorn zu von der das Ende der mittleren Furche darstellenden Schleimhauteinsenkung befand. Pinselungen aller Art auf die gleichmässig geschwellte, doch nur mässig granulirte Rachenschleimhaut hatten nichts gefruchtet. Da hatte denn der Arzt des Städtchens mit dem glühenden Eisendraht (Paquelin?) gebrannt, doch, wie aus den seltsamen, scharf gezeichneten Figuren des Narbengewebes hervorging, ohne recht einen bestimmten Angriffspunkt für das Cauterium zu haben. Immerhin war die Sache nicht so arg ausgefallen, wie in den zwei ersten Fällen. Da Patient einer Cur sich vorläufig nicht unterziehen konnte, wurde er mit dem Nasenrachenspray entlassen.

## Fall IX.

Herr K., aus St. Junger, in einer recht staubigen Athmosphäre thätiger Kaufmannssohn, litt an exquisitem Recessuscatarrh mit charakteristischer Borkenbildung. Der behandelnde Arzt hatte ohne Erfolg den oralen Theil gepinselt und wollte nun die Granula wegbrennen. Die ihm grosse Befürchtungen erweckende Vorstellung einer Operation mit dem Glüheisen hatte ihn nach Königsberg getrieben, um sich dort Rath zu holen. Da die Rachenschleimhaut zwar mässig verdickt und in einem chronischen, wenn auch nicht bedeutenden Congestionszustande sich befand, dagegen keine Granulirung zeigte, rieth ich ihm ab von jeder Operation mit glühenden Instrumenten und erklärte ihm die Ursache seiner Beschwerden. Er reiste beruhigt ab und versprach, sich bald zur Cur zu stellen.

Ich komme jetzt zu der 4 Cystenfälle enthaltenden Gruppe. Von diesen ist der letzte nur wegen des complicirten Nasenbefundes aufgenommen worden. Fall X bis XII waren dagegen klinisch von der äussersten Wichtigkeit. Fall XII zeigt die auch für Eröffnung von Cysten, falls es sich um messer- oder feuerscheue Patienten handelt, vorzüglich sich eignende Chromsäure, Fall X und XI illustriren die rasche und bequeme Anwendung meines scharfen Löffelchens. Im Falle XI handelte es sich um eine Cyste avec orifice, nur dass nicht, wie im Zahn'schen Falle[66], das Orificium sich nächst dem Gipfel etwas nach links von seinem Mittelpunkt befand, sondern an der Stelle der hinteren Schleimhauteinsenkung. In den Fällen X, XII und XIII waren die Cysten allseitig abgeschlossen.

## Fall X.

Herr B., 17 Jahre, Oberprimaner. Hat ziemlich alle Kinderkrankheiten überstanden. Nach dem Scharlach eitriger Ohrenfluss (aus welchem weiss er nicht mehr), bis zum 12. Jahre noch häufig Ohrenfluss und Ohrenschmerzen. Bis zu dieser Zeit auch Verstopfung der Nase und vermehrte Schleimabsonderung. Auch jetzt muss er täglich noch mindestens ein Taschentuch verbrauchen, ab und zu steigert sich der Nasenfluss in exorbitanter Weise, ist aber dann rein wässerig. Während dieses Flusses wird er auch von heftigen Kopfschmerzen, besonders an den Schläfen und an der Stirn gepeinigt, die auch sonst recht häufig sich einstellen. Die Nasenathmung macht ihm Schwierigkeit. Besonders die Exspiration durch die Nase fällt ihm schwer. Schon bei leichteren körperlichen Anstrengungen volle Mundathmung.

Aus dem Rachen muss er viel Schleim herauswerfen, der zwar meist anstandslos herausgeht, oft aber auch nur mit Anstrengung. Am

---

[66]) cf. Zahn, Ueber Cysten mit Flimmerepithelien im Nasenrachenraum. Deutsche Z. f. Chir. 22. Bd., pag. 395, ferner Mégevand, loc. cit., pag. 134.

linken Auge leidet er an Epiphora, ist auch dieserhalb schon von einem sehr kundigen Augenarzt behandelt worden.

Stat. praes. Lunge, Larynx gesund. Chronische Rhinitis mit mässiger Schwellung der Schleimhaut. Luftpassage beiderseits leidlich frei, wenn auch für gründliche Lungenventilation sowohl exspiratorisch wie inspiratorisch ein gewisser Kraftaufwand deutlich von Nöthen ist. Rachenschleimhaut normal, eher blass, anämisch. Im Nasenrachenraum imponirt sofort eine taubeneigrosse Geschwulst, die, genau median gelegen, unmittelbar hinter dem septum beginnt und bis zu der Stelle der hinteren Schleimhauteinsenkung sich ausdehnt. Ihre Kuppe reicht bis zum Beginn des unteren Drittels des septum. Lateralwärts trennt sie rechts nur die Distanz eines Millimeters von der medialen Tubenlippe, links befindet sie sich in enger Berührung mit der letzteren. Ihre Oberfläche ist bedeckt von an der Kuppe mehr blasser, an der Pheripherie dagegen mehr injicirter, grössere Gefässramificationen zeigender Schleimhaut. Sondendruck ergiebt pralle Spannung und nur geringe Fluctuation. Nirgends ist ein Orificium zu entdecken, trotz häufiger, gründlichster Exploration. Die Tubenwülste zeigen normale Schleimhaut. Ohr rechts annähernd normal, links starke Einziehung des Trommelfells. Rechts Gehörvermögen normal, links etwas herabgesetzt.

Dass es sich hier nur um eine Cyste des mittleren Recessus handeln konnte, war einleuchtend. Da Patient überaus ängstlich war und trotz der Geräumigkeit seines Rachens, trotz langer Einübung immer noch unbewusste Abwehrbewegungen mit seinen Constrictoren machte, eröffnete ich den Sack mit meinem Löffelchen, was leicht von Statten ging. Es entleerte sich eine dicke, käsige Masse. Der Sack wurde mit Höllenstein allseitig touchirt. Leider ist die Beobachtungsdauer noch zu kurz, um die günstige Nachwirkung der Operation auf Ohr, Nase und den Kopfschmerz constatiren zu können.

Fall XI.

Fräulein R., 21 Jahre. Früher im Wesentlichen gesund gewesen. Vor 3 Jahren begann ihr Leiden mit übermässiger Schleimabsonderung aus dem Rachen. Es kamen grosse, feste Stücke, die zu entfernen ihr oft Mühe bereiteten. Auch litt sie, wie sie angab, infolge des von den Schleimklumpen unausgesetzt ausgehenden Reizes an übermässiger Speichelabsonderung, die ihr gleichfalls sehr lästig war. Nach Verlauf von 2 Jahren verschwanden allmählich die compacten Schleimbildungen, und es stellten sich die bekannten Beschwerden eines Rachencatarrhs ein, darunter ihr besonders unbequeme, flüchtige wandernde Schmerzen. Sie hat oft ihren Rachen beobachtet und berichtet, aus freien Stücken, oftmals einen weissen, wie Eiter aussehenden Streifen hinter dem Zäpfchen gesehen zu haben. An Nasencatarrhen hat sie nie erheblich gelitten.

Stat. praes. Blasse, etwas anämische junge Dame. Lunge, Larynx gesund. Nase nicht pathologisch verändert. Rachenschleimhaut blass, uneben, doch sind die Verdickungen nicht circumscript, wie meistens in der phar. gran., sondern stellen längliche, allmählich in die umgebende Schleimhaut übergehende, höckerige Erhebungen dar. Beide übrigens stark hypertrophischen Seitenstränge sind zweifellos der Sitz einer stärkeren Entzündung, als die übrige orale Schleimhaut. Die Berührung dieser Parthieen mit einer Sonde löst explosionsartige, mehrere Minuten währende, durch ihre eigenthümlich hohe Klangfarbe selbst der Patientin auffallende Hustenanfälle aus. Auf der hinteren Wand, genau in der Mittellinie ein etwa 1 cm breiter, weisslicher Streif von eitrigem Schleim, dessen Herkunft bei Besichtigung des Nasenrachenraumes aus einer feinen Oeffnung nachzuweisen ist, die etwa an der Stelle der hinteren Schleimhauteinsenkung liegt. Eine Sonde dringt mehrere Millim. tief hinein. Von dieser Oeffnung erhebt sich eine mit anscheinend normaler Schleimhaut bedeckte Geschwulst, die nach unten etwa das obere Viertel des septum verdeckt, lateralwärts circa ½ cm beiderseits von den Tubenwülsten entfernt ist. Auf Sondendruck entleert sich wenig dick-

licher Eiter aus der oben beschriebenen Oeffnung. Häufige Versuche, von eben dieser Oeffnung in eine sagittale Spalte der Tonsille, sei es die median gelegene, sei es eine laterale, hineinzugelangen, schlagen fehl. Es konnte sich also hier wohl nur um eine cystisch erweiterte. mittlere Furche handeln, deren Communication mit dem Nasenrachenraum noch nicht völlig aufgehoben war. Ich beschloss diese Cyste mit meinem scharfen Löffelchen zu eröffnen. Es gelang mir, trotzdem Patientin heftig würgte, gleich beim ersten Einführen. Hierbei sei noch eines Vortheils meines Löffelchens gedacht. Es ermöglicht nämlich selbst bei Würgbewegungen, wofern man vorher genau über das, was man operiren will, sich orientirt hat, eine exacte Ausführung der Operation, da das feine Löffelchen frei im Nasenrachenraume sich bewegt, und der dünne, glatte Stiel nicht bis zur Bewegungsunfähigkeit von der sich contrahirenden Musculatur festgehalten werden kann. Das Löffelchen kam mit detritusartigen Massen gefüllt heraus, der Sack war der Länge nach gespalten und ich konnte im Grunde desselben, also im recessus medius, noch reichlichen, eingedickten Eiter bemerken. Ich löffelte Alles heraus und ätzte mit Höllenstein. Nach 3 Tagen war das Bild ein wesentlich anderes. Die Geschwulst war in toto bedeutend kleiner geworden, sie war ferner so zu sagen halbirt, und es betrug die Distanz zwischen beiden Hälften genau die Durchmesserweite meines Löffelchens. Eine Sonde konnte jetzt von vorn die ganze mittlere Furche entlang bis in die oben beschriebene Oeffnung geführt werden, womit die Zugehörigkeit eben dieser Schleimhauteinsenkung zu der mittleren Spalte erwiesen war. Die weitere Behandlung gestaltete sich ausserordentlich einfach. Mehrfache Höllensteinätzungen der mittleren Spalte führten bald eine völlige Beseitigung der abnormen Secretion herbei. Damit liessen auch die Rachenbeschwerden nach, zu deren rascherer Beseitigung Jodkaliumpinselungen angewendet wurden. Intern wurde, wie in keinem meiner Fälle, medicinirt.

Fall XII.

Frau P., Schauspielerin, 30 Jahre. Patientin, ist seit 5 Jahren krank. Das Leiden fing an mit Heiserkeit, die später oft in ihrer schauspielerischen Thätigkeit sie behinderte. Schmerzen im Rücken, Kitzelempfindung in Kopf und Nase, Beklemmungen auf der Brust, besonders beim Gehen, zahlreichen krampfartigen Hustenanfällen. In Berlin glaubte man in einer Poliklinik die Gaumentonsillen anschuldigen zu müssen und exstirpirte sie, doch ohne Erfolg. Ein anderer Arzt liess sie einen Thee aus Leinsamen, Schwarzwurzel und Huflattich (??) trinken, auch ohne Erfolg. Schliesslich setzte sie sich selbst einen Blutegel am Halse, wodurch die Beklemmungen aufhörten. Später wurden ihr noch 4 Blutegel und 10 Schröpfköpfe gerathen, von einem „Specialisten" Chinalösung innerlich und hypermangansaures Kalium zum Gurgeln.

Stat. praes. Kräftig gebaute, gut genährte Dame. Zahlreiche trockene bronchitische Geräusche in beiden oberen Lungenlappen. Schleimhaut der Luftröhre und des Larynx normal. Mässige Parese beider musc. thyreo-arytaenoidei int., spärliche Granula auf der sonst nicht verdickten und catarrhalisch afficirten Rachenschleimhaut, in der Nase gleichfalls Abwesenheit jeder chronischen Entzündung.

Im Nasenrachenraum überall völlig glatte, secretfreie Schleimhaut. Der Uebergangswinkel zwischen fornix und hinterer Wand ist durch einen genau median gelegenen Tumor von der Grösse einer grossen Kirsche eingenommen, der auf Sondendruck wie ein stark gespannter Gummischlauch reagirt und durchweg normale Schleimhaut trägt, und dessen Berührung mit der Sonde stets einen keuchhustenartigen Hustenanfall [67]) auslöste. Respiration und Deglutition waren durch den Tumor in keiner Weise behindert.

Da luetische Antecedentien vorlagen, konnte an ein Gumma gedacht werden mit beginnender centraler Necrobiose. Immerhin

---

[67]) cf. Annales des maladies de l'oreille etc. Février 1888, gomme ramollie du pharynx etc., par L. Hontang, pag. 66.

erschien mir die Annahme einer Cystengeschwulst des recessus medius wahrscheinlicher. Ich trug auf die Bedeckung des Tumors Chromsäure in Substanz — ein vorzügliches Mittel, um ohne den umfangreichen galvanokaustischen Apparat eine rasche, breite Eröffnung der Cystenwand zu erzielen — und schon am nächsten Tage gelang es mir, durch den mässig starken Druck einer Sonde den gesammten Inhalt der Geschwulst herauszupressen, der fast in toto als bröcklige, zähe Masse der Sondenspitze anhaftend herausgebracht werden konnte. Die micr. Untersuchung ergab keine über die Resultate des Herrn Dr. Suchannek hinausgehenden Aufschlüsse[68]. Die unmittelbare Wirkung dieses harmlosen Eingriffs war eine geradezu wunderbare, nämlich ein völliges Verschwinden aller nervösen Beschwerden. An die Freilegung der Cyste schloss sich ein schleimiger oder schleimigeitriger Catarrh des in der Tiefe auftauchenden, durch die Sonde leicht nachzuweisenden rec. phar. med. nicht an, sodass nach einigen Höllensteinätzungen Patientin entlassen werden konnte. Dieser Fall, der eine nicht im Mindesten nervöse, rüstige Mutter von 3 Kindern betrifft, beweist, dass Sreberny[69]) denn doch irrt, wenn er der Meinung ist, dass ähnliche Leiden nur bei nervösen Individuen Beschwerden hervorrufen. Meine Recessuspatienten waren durchweg nicht neurasthenisch, ja zum Theil besonders robuste Individuen. Ob man derartige nervöse Leiden bei der Existenz der vorliegenden retronasalen Erkrankungen, wie Tornwaldt[70]), zurückführen will auf Reizungen sensibler Nerven, sei es durch die gespannte Cystenwand, sei es durch zähe Borken, oder, ob man Rossbach's geistvolle Annahme[71]) einer „partialen, nur auf einen oder wenige Abschnitte beschränkte neurasthenische oder hysterische Beschaffenheit im Nervensystem" acceptiren will, das muss natürlich jedem Rhinologen überlassen bleiben. Die oben mitgetheilte Beobachtung legt die Beherzigung nahe, nur nach

---

[68]) cf. Tornwaldt, loc. cit. pag. 34 ff.

[69]) loc. cit. pag. 98.

[70]) loc. cit. pag. 48.

[71]) loc. cit. pag. VIII.

gründlichster Untersuchung mit dem Voltolini'schen Spiegel, wenn möglich bei Sonnenbeleuchtung, und genauester Sondirung des Nasenrachenraumes, pathologische Reflexe bei Gegenwart unbedeutender Veränderungen der Nasenschleimhaut als Nasenreflexe zu charakterisiren. Die therapeutischen und diagnostischen Enttäuschungen dürften vielleicht dann seltener vorkommen [72].

## Fall XIII.

Fräulein B., 23 Jahre. Aus der sehr ausführlichen Krankengeschichte ist bemerkenswerth, dass ihre Beschwerden von ihr seit ihrer frühesten Jugend fast immer auf den Hals bezogen wurden und nicht auf die Nase. Sie kann z. B. sich nicht entsinnen, eitrigen Ausfluss aus der Nase gehabt zu haben. Dagegen habe sie seit Jahren an Schluckbeschwerden, Schleimschlucken, Kratzen im Halse und Ohrenreissen gelitten, neuerdings habe auch ein ziemlich regelmässig Abends sich einstellender Hustenkitzel angefangen sie zu belästigen. In früheren Jahren (vor 6 Jahren) ist sie von einem Arzt im Hals und in der Nase gebeizt, vor drei Jahren von einem Specialisten in der Nase gebrannt worden. Doch will sie sich danach schlechter als vorher befunden haben.

Stat. praes. Kräftige, abgesehen von den obigen Klagen gesunde junge Dame. Septum in grosser Ausdehnung links convex verbogen, wodurch eine beträchtliche Verengerung der linken Seite resultirt.

Rechts: haselnussgrosser Schleimpolyp vom Hiatus semilunaris ausgehend. Straffgespannte membranöse Synechie zwischen unterer Muschel und Septum, die untere Muschel in ihrer ganzen Aus-

---

[72]) cf. Ruault, Les neuropathies reflexes d'origine nasale. Referat, in Arch. ital. di laringologia etc. Aprile 1888, pag. 99. „In ogni modo nell'assenza di una lesione nasale, bisogna tener presente che le alterazioni localizzate alla faringe nasale ed anche a quella boccale, e talvolta alla onsille palatine, possono dar luogo alle stesse nevrosi reflesse d'origine nasale".

dehnung mit dem Septum verbindend. nach oben flach convex gekrümmt. Hinteres Ende der unteren Muschel mässig hypertrophisch. Luftpassage fast gleich Null. Keine vermehrte Absonderung. Links: knorpelhart anzufühlende narbige ca. 13 mm in der Länge und 8 mm in der Höhe betragende Synechie zwischen unterer Muschel und Septum. Luftpassage gleich Null. Keine vermehrte Schleimabsonderung. Rachenschleimhaut im Wesentlichen normal. Tonsillargewebe völlig geschwunden. An Stelle der mittleren Furche eine weissglänzende, straff an die Fibrocartilago angeheftete sehnige Raphe, von deren Mitte mächtige kegelförmige membranöse Stränge ausgehen. beiderseits genau symmetrisch. über die Rosenmüller'schen Gruben hinweg zu den Tubenwülsten ziehend, so zwar, dass letztere die Basis des Kegels, die Mitte der Raphe die feine Spitze darstellt. Etwas darüber und dahinter verlaufen noch beiderseits gleichfalls genau symmetrische Stränge, die eine Wiederholung der ersten en miniature darstellen. Etwas nach links und vor dem Vereinigungspunkt dieser 4 Brücken erhebt sich ein stecknadelkopfgrosser, warzenartiger narbiger Knoten. ½ cm hinter diesem Vereinigungspunkt zeigt sich genau in der Mittellinie eine blasenartige. nur mässig über das Niveau der Umgebung hervorragende Erhebung der Schleimhaut, die als Cyste des mittleren recessus anzusprechen ist. Larynx. Lunge, Ohr gesund. Dieser Befund war originell. Eine solche Zusammenstellung an und für sich relativ seltener Dinge hatte ich bis jetzt noch nicht beschrieben gefunden.

Alles in allem erschien mir die Annahme plausibel, dass trotz der auffallenden Symmetrie der narbigen Brücken[73]) im Nasenrachenraum, trotz der wenigstens topographisch einigermaassen symmetrischen Synechien[74]) in der Nase, hier es sich nicht um angeborene

---

[73]) cf. Casimir von Kostanecki, Die pharyngeale Tubenmündung und ihr Verhältniss zum Nasenrachenraum. Arch. f. micr. Anat., 29. Band, pag. 564 ff.

[74]) cf. Zuckerkandl, Normale und pathol. Anat. der Nasenhöhle. 1882, pag. 95.

Bildungen handeln könne, sondern um Resultate eitriger, destruirender Processe in der frühesten Jugend.

Der Therapie bot sich hier ein dankbares Feld. Nach der Entfernung des Polypen mit der kalten Schlinge, wurde die rechte Synechie in einer Sitzung galvanokaustisch getrennt. Das hintere Ende der unteren Muschel wurde gleichfalls mit der kalten Schlinge amputirt.

Die linke Synechie bedurfte zweier galvanokaustischer Sitzungen und einer kleinen galvanokaustischen Nachoperation. Ein erneuertes Zusammenwachsen wurde durch tägliche Controlluntersuchung und Einlegung von Wattebäuschchen verhindert. Mit der Herstellung der Luftpassage durch die Nase verschwanden die Rachenbeschwerden. Da das Ohrenreissen sich nicht verminderte, trotzdem objectiv kein krankhafter Process im Mittelohr constatirt werden konnte, durchtrennte ich mit dem messerförmigen Galvanokauter den linken Narbenzug im Nasenrachenraum, weil er mir die Locomotionsfähigkeit der medialen Knorpelplatte zu hindern schien und möglicherweise dadurch das Ohrenreissen verursacht sein konnte. In der That verschwand sofort nach der Operation der Schmerz. Rechterseits persistirte das Reissen, bis auch hier der verbindende Strang durchgeschnitten worden war. Endlich eröffnete ich jene oben beschriebene Protuberanz der Schleimhaut mit dem Galvanokauter und es ergab sich in der That, dass es sich um eine etwa erbsengrosse Cyste gehandelt hatte, die aber hier klinisch ohne Bedeutung existirt hatte, denn auch der seit einigen Monaten bestehende Hustenkitzel (siehe oben) kann wohl nur auf die beständige Insultirung des Larynx durch die stete Mundathmung zu beziehen sein. Der Eröffnung schloss sich auch keine irgend bemerkbare Schleimabsonderung an.

---

Die letzte Gruppe umfasst sieben Fälle, die sogen. „Schulfälle" darstellen. In allen handelte er sich um jene, von Tornwaldt[75])

[75]) loc. cit. pag. 30.

beschriebene Dreiecksform, wobei die Spitze des Dreiecks der Bursamündung entspricht, die Basis sich etwas oberhalb, nach meinen Erfahrungen auch etwas unterhalb des Passavant'schen Querwulstes befindet, oder um die charakteristische „Austernschalenform."

Die Beschwerden waren im Wesentlichen locale, doch erreichten sie oft einen Grad, der das Allgemeinbefinden erheblich störte und nicht selten wenig Lust am Leben aufkommen liess.

Immerhin finden sich auch hier Wirkungen auf entferntere wichtige Organe, die eine Schädigung der Function derselben im Gefolge hatten und dadurch wohl geeignet waren, die Existenzbedingungen der betr. Individuen in Frage zu stellen.

## Fall XIV.

Frau S., 28 Jahre. Wegen Larynxtuberculose mir zur Behandlung überwiesen. Klagt seit ca. 1 Jahr über Husten und Schmerzen im Kehlkopf, ferner über zähe, der hinteren Rachenwand anhaftende Borken, die nur unter entsetzlichem Würgen und Husten, oft auch nur durch Trinken von heissem Wasser entfernt werden könnten. Jeden Morgen müsse sie diese sie sehr angreifende, ekelhafte Procedur wiederholen. Auch am Tage werde sie nie ein beunruhigendes Fremdkörpergefühl im Rachen los.

Stat. praes. Larynx: Infiltration und Ulceration beider falschen Stimmbänder. Die ulcera liegen beiderseits völlig symmetrisch an der lateralen Seite und decken sich bei der Intonation in ihrer ganzen Circumferenz.

Im Rachen präsentirt sich im oralen Theil bei flüchtigem Einblick schon sichtbar eine zusammenhängende, trockene, bräunliche Borke, die bei Besichtigung des Nasenrachenraums, der überaus geräumig und Spiegel Nr. 4 leicht zugänglich ist, sich bis zu einer, im Durchmesser kreisrunden, ca. 2 mm weiten Oeffnung verfolgen lässt, die zu einer das Ende des recessus medius darstellenden Grube führt. Vor dieser Oeffnung in der Richtung nach den

Choanen zu ist das Dach glatt und eben und gänzlich borkenfrei. Mit einer, wenn auch feinen, immerhin festen Sonde gelingt es leicht ca. 4 feine Löcher von der vorderen Peripherie besagter Oeffnung genau in der Mittellinie nach dem septum zu hineinzustossen. Blutung äusserst gering. Durch diese Löcher dringt die Sonde in eine etwa 1/2 cm tiefe Furche. Eine sehr biegsame, feine, passend gekrümmte silberne Sonde kann leicht durch den Canal von besagter hinterer Oeffnung bis in die Nähe des septum vorgeschoben werden, ohne dass der Knopf vorne sichtbar würde, weil ganz vorn eine Verlöthung der Ränder der beiden mittleren sagittalen Leisten stattgefunden hat. Es entspricht also dieser Befund genau den von Schwabach im Cadaver mehrfach beobachteten und beschriebenen Verhältnissen [76]. Diese Furche ist mit zähem eitrigem Schleim ausgefüllt, der, wenn man auf die Schleimhautbrücke drückt, aus den künstlich gesetzten Oeffnungen herausdringt.

Nase, Ohr völlig normal. Da ich diese, die Kranke seit ca. einem Jahre arg belästigende Borkenbildung als einen die Reflexerregbarkeit enorm steigernden und wegen des innigen Zusammenhanges der rami pharyngei des quintus und vagus in der Schlundkopfwand Hustenparoxysmen direct provocirenden Zustand glaubte erachten zu müssen, schritt ich unverzüglich, um eine weitere, überflüssige Insultirung der infiltrirten Larynxtheile zu verhindern, zur Behandlung dieses isolirten Catarrhs des Rachendaches. Ich touchirte zunächst einige Male mit Höllenstein, wobei der führenden Sonde mannigfache Krümmungen gegeben werden mussten, um sowohl den langgestreckten Canal nach vorwärts zu durchdringen, andererseits die mehr als 3/4 cm nach hinten gerichtete Grube zu treffen. Schon wenige Aetzungen genügten, um die Schleimabsonderung wesentlich einzuschränken, doch zeigte sich immer noch jeden Morgen ein nun „austernschalenförmig" angeordneter Klumpen, dessen colossale Zähigkeit selbst das glatte Silber nicht verschonte, indem die ganze Masse bei der Lockerung sich an dasselbe anheftete

---

[76]) loc. cit. pag. 69.

und an ihm herausbefördert werden konnte. Um rasch eine definitive Heilung zu erzielen, griff ich zu meinem Löffelchen, trug mit ihm den grössten Theil der die mittlere Furche überbrückenden Schleimhautverlöthung fort, kratzte die secernirende Fläche bis auf das Periost aus und hatte, nach noch zweimaliger Wiederholung der Procedur die Freude, die durch ihre Larynxphthise schon genug gequälte Patientin von diesem widerlichen Leiden geheilt zu sehen.

### Fall XV.

Fräulein Margarethe H., 18 Jahre, Geschäftsführerin. Frl. M. H., eine übrigens sonst kerngesunde junge Dame, schilderte ihr Leiden folgendermassen: „Vor 4 Jahren kamen hier und da dicke Stücke aus dem Munde von der Nase her. Um sie herauszubringen, musste ich viel würgen und viel mit Salzwasser gurgeln. Schliesslich kamen sie von selbst. Oft hatte ich Schluckbeschwerden. Beim Essen musste ich oft aufstehen, herausgehen und speien. Im Winter war es oft so arg, dass ich nicht verstanden wurde. Anfänglich waren es nur kleine Stücke, bald wurden sie aber immer dicker und dicker.“

An Nasencatarrhen hatte sie nur wenig gelitten. Als ätiologisch wichtig gab sie selbst den als übereifrig geübten Tanzsport an. Die medicinische Hülfe bestand vorher in der Verordnung von Gurgelungen mit Seesalz und einem innerlichen Medicament, poliklinisch — also in einem Universitätsinstitut — wurde ihr dasselbe gerathen.

Stat. praes. Blühende, kerngesunde junge Dame. Schleimhaut des Pharynx (oraler Theil), Larynx und der Nase normal, Ohr gleichfalls völlig gesund. Bei Besichtigung des Pharynx fällt der nach unten convexe in einer Ebene mit der Basis des Zäpfchens liegende Rand einer auf der hinteren Wand haftenden grünlich bräunlichen Borke auf, deren Zusammenhang mit dem recessus medius die Besichtigung und genaueste Betastung des Nasenrachenraums mit der Sonde mit Sicherheit aufdeckt. Tonsillargewebe noch

ziemlich reichlich vorhanden. Mittlere Furche durch die zwei sich eng an einander lehnenden sagittalen Leisten geschlossen und dadurch der Besichtigung entzogen. Drückt man dieselben mit einer starken Sonde auseinander, so zeigt sich in ihrem Grunde eine gelblich-käsige Masse, die ihren Zusammenhang mit der Borke nicht verlängnen kann. Scheinbar freilich, wenn man beide Leisten nicht gewaltsam von einander zieht, nimmt sie aus der Oeffnung der sogenannten bursa pharyngea ihren Ursprung, welche Oeffnung auch hier vorhanden ist, in eine ca. 7—8 mm tiefe Grube führt, die aber continuirlich in die mittlere Tonsillarfurche sich fortsetzt, und deren Bedeutung und anatomische Merkmale von Schwabach klar beschrieben sind. Wenige Höllensteinätzungen verminderten auch hier bald die Secretion. Als Patientin aber nach einer Woche noch mit der täglich zu vernehmenden Klage in die Sprechstunde kam, es läge immer noch etwas vor, wenn auch im Vergleich zu früher nur wenig und kaum in belästigender Weise, griff ich zu meinem Löffelchen, und es gelang mir, im Verlaufe von weiteren 8 Tagen, die Secretion durch 2 Auskratzungen völlig zu sistiren, so dass die Patientin nach weiteren 8, völlig recidivfreien Tagen geheilt entlassen werden konnte.

### Fall XVI.

Fräulein W., 26 Jahre. Vor 6 Jahren Anfall von Diphtheritis, wonach sie mehrere Jahre gesund blieb. Vor 3 Jahren fing ein fast unausgesetztes Gefühl von Trockenheit an, sie zu belästigen. Sie musste aufhören zu singen, weil die Mittellage versagte, während die hohen Töne zur Zufriedenheit gelangen. Der behandelnde Arzt verschrieb Pastillen, Oberbrunnen von Obersalzbrunn. Nach der Brunnencur stellte sich mit besonderer Hartnäckigkeit bei Beginn der kälteren Witterung Husten ein, der den Winter über ausdauerte. Zumal letzten Winter war er zum „Verzweifeln“. Trotzdem die Lunge bei öfterer Untersuchung für gesund befunden wurde, und sie selbst ihre Lunge für ganz gesund hielt, musste sie mit geringen Unterbrechungen den schlesischen Heiltrank fortgebrauchen.

Stat. praes. Gesunde junge Dame, deren Gemüthsstimmung durch das obstinate Leiden etwas deprimirt ist. Larynx, Lunge, Nase, Ohr durchaus gesund. Die von granulis freie Rachenschleimhaut ist wie mit einem dünnen, glänzenden Lacküberzug überzogen, der bei der geringsten Contraction der Pharynxmuskeln eine äusserst feine Runzelung annimmt. Im Nasenrachenraum erfährt diese minimale Schicht allmählich eine mässige Dickenzunahme, bis sie 1 cm unterhalb des hinteren Recessusendes zu einer veritablen ca. 1 mm dicken Borke anwächst. Die Rachentonsille, nicht hypertrophisch, bildet ein Convolut von unregelmässigen Höckern, zwischen denen trotz häufiger Sondirung weder sagittale, noch frontale Spaltenbildung erkennbar ist. An Stelle des mittleren Recessus ist ein unpaarer, mittlerer Wulst[77] vorhanden, wodurch das terminale, nur mittelst des ganz leicht applicirbaren Voltolini'schen spiegelnden Gaumenhakens sichtbare Grübchen eine besondere Vertiefung erfährt. Von diesem Grübchen bis zu den Choanen keine Spur einer Secretanhäufung. Nirgends entleert sich aus einem der zahlreichen Lacunen durch Sondendruck Eiter.

Die Secretansammlung aus diesem Recessus musste mit ganz unglaublicher Gleichmässigkeit und in erheblichem Masse vor sich gehen, denn wenn durch Salmiakspray und schwache Jodpinselungen eine feuchte, normal aussehende Schleimhaut hergestellt war, stellte sich doch im Verlauf von einer Stunde der alte Zustand wieder ein. Ich ätzte mehrere Male mittelst einer z-förmig gebogenen Sonde mit Höllenstein, doch ohne Erfolg. Eine Chromsäureapplicirung musste einen vorübergehenden Verschluss erzeugt haben, denn 4 Tage blieb die Trockenheit fort. Am 5. Tage kam Patientin jedoch weinend ihren alten Zustand mir präsentiren. Eine darauf folgende galvanokaustische Aetzung hatte auch keinen Erfolg. Nun kratzte ich, indem Patientin mit grossem Geschick den Voltolinischen Gaumenhaken hielt, die ganze secernirende Parthie aus, ätzte gleich darauf mit Höllenstein und konnte, nachdem ich zwei Tage

[77]) cf. Schwabach, Arch. f. micr. Anat. 22 Bd., pag. 65.

später die Procedur wiederholt hatte, die Kranke als geheilt entlassen.

Die Patientin blieb dann noch Monate unter meiner Aufsicht und ich konnte somit auch eine dauernde Heilung constatiren.

## Fall XVII.

Herr K., Portier, 24 Jahre. Kerngesunder, kräftiger Mann. Klagt, dass er seit $1^1/_2$ Jahren jeden Morgen würgen und „krächzen" müsse, um feste, übelriechende Klumpen, die er auch manchmal sehen könne, herauszubekommen. Meistens sei es ihm trotz aller Bemühungen nicht gelungen, etwas herauszubefördern. Ein Arzt habe ihm gerathen, sich der Nasendouche und morgendlicher Gurgelungen mit Seesalz zu bedienen. Das nütze allerdings momentan, doch bilde sich das „Zeug" so rasch wieder, dass er eigentlich unausgesetzt den Reiz zum Räuspern und Krächzen verspüre.

Stat. praes. Rachenschleimhaut normal, im oralen Theil des Rachens eine grünlich schwarze Borke sichtbar, medial gelegen, übelriechend. Bei der pharyngoscopischen Betrachtung zeigt diese Masse eine ziemlich regelmässige Dreiecksform, indem die Spitze des Dreiecks dem hinteren Ende des rec. ph. med. entspricht, welcher genau wie in dem Falle XIV durch Randverwachsung der mittleren sagittalen Tonsillarleisten in einen ca. $^1/_2$ cm tiefen Canal verwandelt ist. Mit dem scharfen Löffel lässt sich durch einen Zug vom Septum bis zu der unbedeckten, hinteren Schleimhauteinsenkung diese ganze Verwachsung trennen, so dass der recessus frei zu Tage liegt. Wie in allen derartigen Fällen ist er mit eitrigen Massen angefüllt. Nicht in der ganzen Ausdehnung jedoch zieht die Schleimhaut glatt über den recessus fort, vielmehr findet sich in der Mitte etwa eine straffere Verwachsung der medialen Leisten, die als transversale Scheidewand aufzufassen ist, und die dem scharfen Löffel mehr Widerstand leistet und auch nach der Heilung als deutlich ausgeprägte Prominenz persistirte. In der Nase keine Spur einer ozänatösen Veränderung, kein Catarrh. Ohr

normal, Larynx und Lunge gleichfalls. Keine pathologischen Reflexerscheinungen.

Die anfänglich (4 Mal) angewandte Höllensteinätzung reducirte die Absonderung auf ein etwas geringeres Mass. Da Patient durchaus gesund werden wollte, bevor er einen neuen Posten in der Provinz antrat, kratzte ich 3 Mal (und zwar 3 Tage hintereinander) den ganzen recessus und jenes Grübchen am hintern Ende, das hier besonders tief entwickelt war, energisch mit dem Löffel aus und ätzte mit Höllenstein.

Patient reiste ab, kam aber nach 10 Tagen wieder, da er den Posten nicht angetreten hatte und stellte sich als gesund vor. Im Grunde des recessus fanden sich mehrere stecknadelkopfgrosse Granulationen, die ich ruhig am Orte liess. Eine mehrmonatliche Beobachtung gewährte die Gewissheit eines dauernden Erfolges.

## Fall XVIII.

Frau K., Schauspielerin aus Wien (Alter ca. 35 Jahre, früher im höheren Cirkussport thätig gewesen).

Frau K. beklagt sich über einen seit einer Reihe von Jahren im Halse steckenden „Schleimbatzen,“ den sie durch Würgen und Gurgeln nicht herausbekomme. Sie sei um so schlimmer daran, da sie sich nicht entschliessen könne, wie die Männer, durch die Nase nach dem Munde zu schlürfen. Seit mehreren Jahren habe auch ihre Stimme so sehr an Kraft, Klang und Biegsamkeit verloren, dass sie nicht mehr habe spielen können. Sie habe sich schon von einem Arzt behandeln lassen, der ihr den Kehlkopf und den Rachen gepinselt habe, eine Behandlung, die weder den Rachen von der Belästigung befreit, noch ihre Stimme irgendwie gefördert habe.

Stat. praes. Gesunde Frau von colossal entwickelten Formen. Charakteristische Borke an der hinteren Rachenwand, die freie Schleimhaut von trockener, glänzender Beschaffenheit.

Die Borke nimmt ihren Ursprung aus dem sattsam genannten Grübchen am fornix, dessen Tonsillarelemente macroscopisch völlig

geschwunden sind. Schleimhaut des Rachendaches völlig glatt und frei von borkigen Auflagerungen. Auch der übrige retronasale Raum ist frei von ihn durchkreuzenden Schleimbrücken.

Die trockene Borke wird leicht mit einem grossen, mit starker Natronlösung getränkten Schwämmchen [78]) abgestreift bei Anwendung von einiger Kraft. Das Grübchen präsentirt sich dann, freilich ganz übersehbar erst bei Doppelspiegelung, als eine nur wenige Millim. tiefe rundliche Schleimhauteinsenkung, die nach vorne zu einen spitzen Fortsatz trägt, der den dürftigen Rest des früheren rec. med. darstellt. Nase und Ohr normal. Die Behandlung bestand in häufigen Aetzungen mit Höllenstein, die denn auch eine langsamere Bildung der Schleimkruste zu Wege brachten, indessen keine völlige Beseitigung. Mein Löffelchen befand sich noch gerade in der Arbeit, als Patientin ihrem Gatten in eine andere Provinz folgend, plötzlich aus der Behandlung austreten musste. Aus einem Brief erfuhr ich ½ Jahr später, dass die Beschwerden zwar gemässigt, doch nicht beseitigt worden waren.

## Fall XIX.

Herr S., Kaufmann, 24 Jahre. Seine Klagen beziehen sich auf einen seit 3 Jahren bestehenden Zwang, jeden Morgen grünliche bis schwärzliche, äusserst übelriechende, zähe Schleimklumpen unter grossen Beschwerden heraushusten zu müssen.

Stat. praes. Zart gebauter, sonst gesunder, junger Mann. Lunge, Larynx gesund. Im Rachen starke Schwellung der Schleimhaut mit zahlreichen granulis. Plica salp.-phar. nicht hypertrophisch. Die hinteren Enden beider unteren Muscheln kolbenförmig verdickt bis zur engen Berührung mit der vorderen Tubenlippe. Schleimhaut

---

[78]) Dieses Schwämmchen genügt weitaus in den meisten Fällen und macht Bloch's Zange (cf. Bl. Kl. W. 2 II. 88, pag. 273), die sehr zweckmässig construirt ist, überflüssig. Mit einiger Uebung kann man leicht die ganze Masse durch einmaliges Hinwegstreichen entfernen, so dass sie, an dem Schwämmchen haftend, herausbefördert wird.

der übrigen Nase nur mässig verdickt, ohne nennenswerthe pathologische Schleimproduction. Fornix glatt, keine mittlere Furche, nur wo dieselbe normalmässig hinten endet, eine kleine, nur wenige Millim. tiefe und lange ovale Furche. Zu beiden Seiten von der Medianlinie zahlreiche, auffallend symmetrisch angeordnete feine Löchelchen. An der hinteren Rachenwand lymphatisches Gewebe in Gestalt von Kämmen und Höckern stark hervorspringend. Das linke Trommelfell verdickt, getrübt, mit Kalkeinlagerungen und verminderter Bewegungsfähigkeit.

Ich bestellte Patient zum nächsten Morgen. Es gelang mir, noch eine dicke, gräulich riechende Schleimansammlung unter jener, oben genannten Furche zu sehen und im Zusammenhang mit jener Furche nachzuweisen. Von letzterer bis zu den Choanen gelang es mir nicht, trotz zweimonatlicher täglicher Beobachtung eine ähnliche Schleimanhäufung zu constatiren. Da ich damals noch nicht mein Löffelchen anwandte, und wegen der Aengstlichkeit des Patienten gezwungen war, Aetzmittel anzuwenden, konnte ich eine Heilung erst in zwei Monaten herbeiführen. Die Aetzmittel wurden genau nur in die ovale Furche applicirt. Die Cur fand im Winter statt und endete noch im strengsten Winter. Nach längerem Zureden liess Patient sich in einer Sitzung circa 10 Granula galvanokaustisch beseitigen.

Die hypertrophischen Muschelenden[79]), die ich für den chronischen Mittelohrcatarrh glaubte verantwortlich machen zu müssen, mit der kalten Schlinge sich amputiren zu lassen, war Patient nicht zu bewegen. Ich untersuchte den Herrn noch ½ Jahr hindurch jeden Monat einmal und konnte auch ein dauerndes Heilresultat constatiren.

Narben an der hintern Rachenwand infolge der galvanokaustischen Aetzung waren nicht sichtbar. Die hypertrophischen Muschelenden hatten sich weder im Aussehen noch in der Grösse

[79]) cf. Cholewa, Hypertrophieen der hint. End. d. u. Musch. der Nase. Zeitschrift für Ohrlhk. XIX. Band, 2. Heft, pag. 154.

geändert. Am linken Ohr hatte sich weder functionell noch anatomisch irgend eine Veränderung vollzogen.

Fall XX.

Frau R., 37 Jahre. Sie berichtet über seltsame Beschwerden. Sie könne nicht „schnauben", trotzdem sie gute Luft habe, und wenn sie nicht schnauben könne, habe sie immer Brennen entlang der Luftröhre, das von unten nach oben steige, und Druck in der Brust. Alle diese Leiden blieben fort, wenn sie Schnupfen habe und ordentlich durch die Nase schnauben könne. Nachts schlafe sie gut, aber gleich nach dem Aufstehen stelle sich das Brennen ein. Sie habe schon viele Aertzte consultirt. Der eine habe eine leichte Röthe in der Luftröhre bemerkt und Salmiak verschrieben; die meisten hätten ihre Beschwerden für nervöser Natur gehalten und Nervenmittel gegeben. Die Nase sei immer „rein" befunden worden. Anamnestisch wäre noch hervorzuheben, dass ihr vor ungefähr 15 Jahren ein Polyp aus der Nase herausgenommen worden ist.

Diese etwas confus vorgetragenen Dinge konnten allerdings den Verdacht auf Nervosität, globus hystericus etc. erwecken. Doch lehrte die Untersuchung etwas anderes.

Stat. praes. Stattliche, blühend aussehende Dame. Lunge, Larynx, Luftröhre, Rachen (oraler Theil) normal. In der Nase nur ganz geringe Schwellung der Schleimhaut im Allgemeinen, keine vermehrte Injection. Links am septum 3 polypöse Verdickungen von Bohnengrösse, rechts eine. Das hintere Ende der unteren Muschel links polypös entartet, stellt ein wahres Convolut von breitbasig aufsitzenden polypösen Verdickungen dar, das in den Rachen hineinhängt, den unteren Nasengang völlig verlegt, so dass der mittlere zur Respiration benutzt werden muss. Unmittelbar vor der auf dem Boden aufliegenden Geschwulst ein grosser, zäher Schleimklumpen, der in toto mit der Zange entfernt werden kann.

Rechts hinten gleichfalls Hypertrophie des unteren Muschelendes, doch ohne den Boden für so zahlreiche polypöse Wucher-

ungen abzugeben, wie links. Immerhin war auch der untere Nasengang rechts verlegt und ausserdem mit demselben Schleimpfropf verstopft wie links.

Im Nasenrachenraum, der überall normale Schleimhaut trägt, präsentirt sich, abgesehen von den hypertrophischen hinteren Enden beider unteren Muscheln, an der hinteren Wand ein kleiner graulicher Schleimbelag von der Grösse eines 10-Pfennigstücks. Nach der Entfernung kommt eine feine, längsovale, mit dem längeren Durchmesser sagittal gestellte Oeffnung zum Vorschein. In diese Oeffnung dringt eine Sonde ca. 3 mm tief ein.

Ich legte diesem Befunde keine besondere Wichtigkeit bei in Anbetracht des schweren Nasenleidens. Patientin verstand sich leicht zur Operation. Rechts Amputation des hinteren Muschelendes mit der kalten Schlinge. Links nach vorheriger galvanokaustischer Bearbeitung der Geschwulst Abtragung fast ohne Blutung in einzelnen Stücken. Ausserdem wurden die 4 Septumpolypen mit der kalten Schlinge entfernt. Patientin konnte jetzt schnauben, aber ihre Beschwerden blieben die alten. Ich wandte jetzt mehr meine Aufmerksamkeit dem kleinen Schleimbelag an der hinteren Wand zu, den ich während der 2 Wochen, die ich zur Beseitigung der Nasengeschwülste brauchte, täglich an derselben Stelle fand. Ich legte den Sack frei mit meinem Löffelchen und ätzte mit Höllenstein. Der Klumpen zeigte sich darauf nicht wieder, und Patientin fühlte sich wohler danach. Leider hielt das Wohlbefinden nur kurze Zeit an. Sie kam nach einigen Wochen wieder mit den alten Klagen, trotzdem sowohl Nase wie Nasenrachenraum sich in einem völlig normalen Zustande befanden. In diesem Falle musste also wohl, da Patientin, eine rührige Mutter und Wirthin, durchaus nicht als hysterisch angesehen werden konnte, an eine „partiale" Hysterie gedacht werden, vielleicht hervorgerufen durch den lange Jahre währenden Reiz der auf den weichen Gaumen herabpendelnden Nasengeschwülste.

# Nachtrag.

Während des Druckes dieser Arbeit erhalte ich Voltolini's Werk: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes etc. Breslau 1888, zugesandt. In diesem neuesten Werk des berühmten Verfassers wird an mehreren Stellen (pag. 41, 351, 355) dringend auf Tornwaldt's Monographie verwiesen, dessen Anschauungen über die b. ph. er beitritt, da die neueste Publication Schwabach's ihm noch nicht bekannt ist, auch nicht Suchanek's Monographie. Die Symptomatologie und Therapie der fraglichen Erkrankung findet leider in seinem Werk eine etwas zu summarische Behandlung, daher nicht genug auf die Nothwendigkeit, auf Tornwaldt's Arbeit zurückzugehen, aufmerksam gemacht werden kann.

Druck von Rud. Bechtold & Comp. in Wiesbaden.